Niveau(x) d'enseignement: 0 Numéro EDUQ : 8570581
Centre d'intérêt: 851

Opération sciences de la santé.

O.S.S., Opération sciences de la santé : rapport final. 1, [Les problèmes généraux et les solutions d'ensemble] / [pour le] Ministère de l'éducation en collab. avec le Ministère des affaires sociales. -- [Québec] : Les Ministères, 1976.
p. 1-196 ; 28 cm.

Guy Saucier, président. En tête du titre: Planification sectorielle de l'enseignement supérieur. Code: 37-4044. Notes bibliogr. au bas des p.

Cote Dewey: 610.7/061o Cote LC: R/834

Descripteur(s): *Sciences de la santé *Plan de développement *Objectifs d'éducation *Corporation professionnelle *Politique gouvernementale *Education sanitaire *Coordination de programmes *Admission à l'université *Enseignement par objectifs *Formation pratique *Universitaire (Niveau)

En octobre 1972, le ministère de l'Education, en collaboration avec le ministère des Affaires sociales, lançait l'Opération sciences de la santé. Le comité responsable de l'Opération avait pour mandat: d'établir des prévisions qualitatives et quantitatives pour les différents types de professionnels de la santé au niveau universitaire, de s'intéresser à la formation des chercheurs et à la recherche en ce secteur, de formuler des recommandations afin de faciliter la coordination du développement des sciences de la santé, de susciter des initiatives en milieu universitaire et de corriger les situations anormales. Le document constitue la première partie du rapport final.

Le rapport final est l'aboutissement d'un long processus d'analyse et de consultation, processus qui s'est appuyé sur une vingtaine de rapports, sur un mini-colloque, sur une série de travaux confiés à des universitaires et sur de nombreuses rencontres et discussions avec des directeurs de département, des professeurs et des étudiants.

Le premier volume du rapport traite du mandat du comité de ses travaux, de la problématique éducation-santé, de la formation universitaire en santé, des problèmes généraux et des solutions d'ensemble. Les solutions générales proposées concernent l'accessibilité à l'université, la pédagogie par objectifs et la création de nouveaux programmes supra-professionnels.

Type de document: g
Notice(s) connexe(s): 8570582

EDUQ 8570581

Planification sectorielle de l'enseignement supérieur

O.S.S.

Opération Sciences de la Santé

RAPPORT FINAL
PARTIE I

MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION

En collaboration avec le:
MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES

AVRIL 1976

37-4044

EDUQ 8570581

MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION
DIRECTION GÉNÉRALE DE
LA PLANIFICATION

Planification sectorielle de l'enseignement supérieur

O.S.S.

Opération Sciences de la Santé

RAPPORT FINAL
PARTIE I

MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION

En collaboration avec le:
MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES

AVRIL 1976

37-4044

OPERATION SCIENCES DE LA SANTE

RAPPORT FINAL

Le Comité directeur:

M. Guy Saucier, président
M. Louis Berlinguet
M. Charles Bernard
M. Rene Boileau
M. Louis-Paul Dugal
M. Jean-Paul Lussier
M. Gilles Pigeon
M. Hugh Scott
M. Jean-Yves Tremblay, secretaire exécutif
M. Roland Stafford, coordonnateur

Avril 1976

PRESENTATION

Le Comite directeur de l'Operation Sciences de la Santé (OSS), lancée en 1972 par le ministère de l'Education en collaboration avec le ministère des Affaires sociales, est heureux de vous présenter son rapport final. L'OSS complète ainsi trois années d'activités au cours desquelles, tant le Comité directeur, que la permanence et les responsables de dossiers ont tenu à garder un contact étroit avec les universités, les corporations professionnelles et les organismes gouvernementaux et à maintenir avec eux, un dialogue constant.

Ce rapport final est l'aboutissement d'un long processus d'analyse et de consultation, processus qui s'est appuyé sur une vingtaine de rapports présentés sous la signature des responsables de dossiers, sur un mini-colloque, sur une série de travaux confiés par commandites à des universitaires et sur de nombreuses rencontres et discussions avec des directeurs de départements, des professeurs, des étudiants et des dirigeants de corporations professionnelles. De ces dossiers et de ces rencontres, le Comité directeur de l'OSS en a fait une synthèse qu'il a soumis à la discussion avant de compléter son rapport final au Ministre de l'Education. Ainsi donc ce rapport final tient compte des interventions soumises par les universités, les corporations professionnelles et les organismes gouvernementaux et recueillies lors des consultations tenues à cet effet.

Nous tenons à remercier tous les organismes intéressés pour leur active collaboration à toutes les phases de l'Operation et nous espérons que ce document leur sera utile dans la compréhension du monde complexe de la formation dans le secteur de la santé.

Le Comite directeur.

TABLE DES MATIERES

PRESENTATION

TABLE DES MATIERES

PARTIE I - LES PROBLEMES GENERAUX ET LES SOLUTIONS D'ENSEMBLE

RECUEIL DES RECOMMANDATIONS 1

CHAPITRE 1 - LE MANDAT 11

CHAPITRE 2 - LA DEMARCHE 13

2.1 Le personnel 13
2.2 Les activités des comités 16
2.3 Les dossiers 17
2.4 Les études horizontales 20
2.5 Les consultations 20

2.5.1 Les consultations en cours d'opération 21
2.5.2 Les consultations sur le projet de rapport final 21

2.6 Certaines difficultées rencontrées 22
2.7 Le terme et les retombées 24

Annexe 2.1 Le personnel 25
Annexe 2.2 Activités des différents comités 26
Annexe 2.3 Liste des organismes consultés et calendrier des audiences 27

CHAPITRE 3 - LA PROBLEMATIQUE EDUCATION-SANTE 35

3.0 Introduction 35
3.1 Les universités et les écoles professionnelles 37

3.1.1 Présence des corporations professionnelles 37
3.1.2 Les stages pratiques 39
3.1.3 L'université et l'enseignement permanent en santé 42

3.2 L'université, la santé et les ministères 44

3.2.1 L'université et le ministère de l'Education 45

3.2.1.1 Le financement de l'éducation supérieur 45
3.2.1.2 Estimé des besoins du Québec 48

3.2.2 L'université et le ministère des Affaires sociales 50

3.3 Les échanges entre le ministère de l'Education et le ministère des Affaires sociales 54

CHAPITRE 4 - LA FORMATION UNIVERSITAIRE EN SANTE 59

4.0 Introduction 59
4.1 Les nouveaux objectifs du système de santé 61

4.1.1 Les grands documents 61

4.1.1.1 Rapport Castonguay-Nepveu 61
4.1.1.2 Rapport CEMOH 63
4.1.1.3 Rapport Bergeron 64
4.1.1.4 Rapport Boudreau 64
4.1.1.5 Le Rapport Bonneau sur la politique de recherche en affaires sociales 65
4.1.1.6 Nouvelle perspective de la santé des canadiens (Rapport Lalonde) 66

4.1.1.7 Le Conseil des Sciences du Canada et les services de santé 68
4.1.1.8 Les grands rapports: en résumé 69

4.1.2 Les changements institutionnels 70

4.1.2.1 L'instauration de la Régie de l'assurance-maladie du Québec (RAMQ) 70
4.1.2.2 La loi sur les services de santé et les services sociaux (C.48) 72
4.1.2.3 Le Code des professions 74

4.1.3 Les politiques du ministère des Affaires sociales 75

4.2 Les objectifs du système éducatif 78

4.2.1 Les grands documents 79

4.2.1.1 Les objectifs généraux de l'enseignement supérieur 79
4.2.1.2 Les orientations de l'enseignement supérieur 83
4.2.1.3 L'Université de la Santé 91

4.2.2 Les politiques du ministère de l'Education 93

4.3 Les nouveaux objectifs universitaires 95
4.4 L'objectif santé à l'université 98

CHAPITRE 5 - LES PROBLEMES GENERAUX ET LES SOLUTIONS D'ENSEMBLE 101

5.1 Problèmes et solutions générales 101
5.2 La promotion de la santé 103

5.2.1 Maladie ou santé 103
5.2.2 La formation à la promotion de la santé 104
5.2.3 La ré-orientation des praticiens 105

5.2.4 Recherche et développement 106
5.2.5 Promotion de la santé et politique gouvernementale 107
5.2.6 Contraintes et priorités 108
5.2.7 Recommandations (5.2.7.1 à 5.2.7.3) 109

5.3 Le mécanisme de changement en santé 110

5.3.1 Le besoin d'innovation 110
5.3.2 Les objectifs 111
5.3.3 Les contraintes 111
5.3.4 Le mécanisme de financement des projets de recherche en innovation 113
5.3.5 Les avantages 115
5.3.6 Les conséquences 116
5.3.7 Recommandations (5.3.7.1 à 5.3.7.2) 119

5.4 L'articulation CEGEP professionnel-université 120

5.4.1 Introduction 120
5.4.2 La situation actuelle 121

5.4.2.1 Les structures d'accueil 121
5.4.2.2 Evolution du profil sciences de la santé 126
5.4.2.3 Les programmes professionnels en santé au CEGEP ... 126

5.4.3 La problématique 128
5.4.3.1 L'accès aux études universitaires 128
5.4.3.2 Les diverses catégories 129

5.4.4 Eléments de solution 129

5.4.4.1 Les diplômes des CEGEP 130
5.4.4.2 Les diplômés en exercice professionnel 131

5.4.4.3 Les enseignants au CEGEP 131
5.4.4.4 Les diplômés du CEGEP dans une discipline sans programme universitaire correspondant 131
5.4.4.5 Les certificats 132
5.4.4.6 L'Ecole de Technologie Supérieure..... 133
5.4.4.7 Cours réguliers ou à temps partiel 134
5.4.5 Recommandations (5.4.5.1 à 5.4.5.4) 135

5.5 L'évolution des méthodes pédagogiques 136

5.5.1 L'état actuel 136

5.5.1.1 L'évolution sociale et ses conséquences sur l'enseignement 136
5.5.1.1.1 L'accessibilité au système d'enseignement 137
5.5.1.1.2 Le respect des besoins de la société ... 138
5.5.1.1.3 Le respect des besoins de l'étudiant ... 138
5.5.1.2 Les professeurs et les méthodes d'enseignement 139
5.5.1.3 Les méthodes pédagogiques 140

5.5.2 La problématique 140

5.5.2.1 Le nouveau contrat 141
5.5.2.2 Le matériel didactique 142
5.5.2.3 L'enseignement clinique 142
5.5.2.4 L'évaluation 143

5.5.3 Eléments de solution 143

5.5.3.1 Les programmes par objectifs 143
5.5.3.2 Les professeurs 144
5.5.3.3 Les étudiants 144
5.5.3.4 Les institutions 145

5.5.4 Recommandations (5.5.4.1 à 5.5.4.4) 147

5.6 Le certificat, le baccalauréat général et la maîtrise en sciences de la santé 148

5.6.0 Introduction 148

5.6.1 Le certificat et le baccalauréat en sciences de la santé 148

5.6.2 La maîtrise en sciences de la santé 150

5.6.3 Recommandations (5.6.3.1 à 5.6.3.2) 153

5.7 L'équipe de soins 154

5.7.1 La justification de l'équipe 154

5.7.2 La problématique de l'équipe 157

5.7.3 Eléments de solution 160

5.7.4 Recommandations (5.7.4.1 à 5.7.4.4) 163

5.8 Les stages cliniques 164

5.8.1 Introduction 164

5.8.2 La situation actuelle 166

5.8.3 Une definition opérationnelle du stage clinique 168

5.8.3.1 Periode de formation pratique 169

5.8.3.2 En milieu de santé 169

5.8.3.3 Intégrée à un programme de formation universitaire et professionnelle 170

5.8.3.4 Objectifs précis d'apprentissage 172

5.8.3.5 Surveillance par les professeurs et moniteurs 172

5.8.3.6 Evaluation formelle 173

5.8.4 Les conclusions à tirer 174

5.8.5 Recommandations (5.8.5.1 à 5.8.5.7) 179

5.9 Le maintien de la compétence des professionnels de la santé 181

5.9.0 Introduction 181
5.9.1 L'état des faits 183

5.9.1.1 Un essai de définition 183
5.9.1.2 Les objectifs proposés 183
5.9.1.3 Les moyens individuels et collectifs 184
5.9.1.4 Les contraintes de la situation actuelle 185
5.9.1.5 Le rôle des corporations professionnelles 185
5.9.1.6 Le rôle des universités, des facultés et des écoles 186
5.9.1.7 Les secteurs d'enseignement permanent 187

5.9.1.7.1 En médecine 187
5.9.1.7.2 En sciences infirmières 188
5.9.1.7.3 En pharmacie 189
5.9.1.7.4 En médecine dentaire 190

5.9.2 Eléments de solution 191
5.9.3 Recommandations (5.9.3.1 à 5.9.3.6) 195

---------- 0 ----------

PARTIE I

LES PROBLEMES GENERAUX ET LES SOLUTIONS D'ENSEMBLE

LES PROBLEMES GENERAUX ET LES SOLUTIONS D'ENSEMBLE

RECUEIL

DES

RECOMMANDATIONS

AVERTISSEMENT

Ce recueil constitue l'ensemble des recommandations extraites de la Partie I du rapport final de l'Opération Sciences de la Santé (OSS).

Afin de mieux saisir le sens de chacune de ces recommandations, il serait préférable de se référer au texte du rapport final de l'OSS, tel que l'indiquent les références qui apparaissent entre parenthèses. Ainsi, la recommandation I confère au chapitre 5 et à la section 5.2, (la promotion de la santé).

LA PROMOTION DE LA SANTE

Considérant les rôles importants que doivent jouer les universités dans la promotion de la santé, il est recommandé:

1- que les universités modifient, dans les meilleurs délais, les objectifs des curricula dans les programmes de formation en sciences de la santé afin d'y inclure des cours et des stages orientés vers la promotion de la santé et qu'elles favorisent les recherches dans ce domaine (5.2.7.1);

Devant l'importance de constituer des centres d'expérimentation pour la promotion de la santé, il est recommandé:

2- que les universités et les gouvernements adoptent, le plus rapidement possible et à titre expérimental, des mesures concrètes de promotion de la santé de leurs personnels et, qu'à la suite de l'évaluation de ces expériences, les résultats en soient appliqués à l'ensemble de la population (5.2.7.2);

3- que les organismes gouvernementaux financent alors des activités de promotion de la santé individuelle et communautaire dans le domaine de la santé et des affaires sociales, de l'éducation, du travail, des loisirs et des sports, de l'environnement, de l'industrie et des transports (5.2.7.3).

LES MECANISMES DE CHANGEMENT EN SANTE

Afin de permettre l'émergence et l'implantation de mécanismes de changement en santé, il est recommandé:

4- *que les ministères des Affaires sociales et de l'Education élaborent une politique de subvention à caractère compétitif en vue de favoriser l'expérimentation de nouvelles approches en santé, afin de créer des milieux universitaires de formation pratique à la fois diversifiée et innovateurs (5.3.7.1);*

En vue de mieux réaliser les projets d'innovation, il est recommandé:

5- *que soit reconnue une priorité à l'enseignement et à la recherche dans certains milieux de santé (centre hospitaliers, CLSC) sous une autorité universitaire avec un financement spécifique provenant du ministère de l'Education (5.3.7.2).*

L'ARTICULATION CEGEP PROFESSIONNEL-UNIVERSITE

Afin de mieux réaliser l'articulation entre le niveau collégial et le niveau universitaire, il est recommandé:

6- *que les universités facilitent davantage l'accès aux programmes universitaires en sciences de la santé pour les diplômés du CEGEP professionnel (5.4.5.1);*

7- *que dans l'esprit de la recommandation précédente, le Comité de liaison Enseignement supérieur et Enseignement collégial (CLESEC), entreprenne une étude détaillée des structures d'accueil à l'université pour les diplômés du CEGEP professionnel, en commençant par le secteur des sciences de la santé (5.4.5.2).*

Il est recommandé, plus spécifiquement:

8- *que les universités acceptent de reconnaître l'expérience professionnelle comme un des critères valables d'admission pour les détenteurs d'un DEC professionnel (5.4.5.3);*

9- que l'enseignement collégial professionnel offre en option des cours de formation générale en mathématiques, physique et chimie pour remplacer, autant que possible, les cours actuels à tendance plus appliquée (5.4.5.4).

L'EVOLUTION DES METHODES PEDAGOGIQUES

Dans le but d'assurer l'évolution des méthodes pédagogiques actuelles dans le domaine de la formation universitaire dans les sciences de la santé, il est recommandé:

10- que les universités incitent les doyens et les directeurs de programme en sciences de la santé à transformer leur curriculum en programme par objectifs (5.5.4.1);

11- que les universités, par leur service de pédagogie, proposent aux professeurs en sciences de la santé une formation psychopédagogique de base, une aide technique pour la programmation par objectifs et une initiation à la technologie didactique (5.5.4.2);

12- que les universités soient encouragées à organiser un certain nombre de centre d'auto-apprentissage facilement accessibles pour regrouper les systèmes d'aide à l'enseignement et qu'un mode de financement à cet effet soit prévu par le ministère de l'Education (5.5.4.3);

13- que les universités du Québec collaborent à un réseau interuniversitaire de ressources pédagogiques pour faciliter des échanges sur les méthodes, les techniques et sur les systèmes d'enseignement et d'évaluation (5.5.4.4).

LE CERTIFICAT, LE BACCALAURÉAT ET LA MAITRISE EN SCIENCES DE LA SANTE

Dans le but de mieux préparer les professeurs des techniques de la santé au niveau collégial et d'offrir un perfectionnement universitaire à des diplômés du secteur professionnel en sciences de la santé, il est recommandé:

14- *que les universités mettent en place des structures d'accueil, à même les programmes existants, au niveau du certificat et du baccalauréat, pour les diplômés de secteur professionnel de la santé au CEGEP, dans les disciplines où il n'existe pas de programme universitaire identifié, par exemple, dans les techniques de laboratoire médical, dans les techniques de radiologie diagnostique, l'inhalothérapie (5.6.3.1);*

15- *que les univeraités établissent un programme élargi de maîtrise en sciences de la santé pour les détenteurs d'un baccalauréat spécialisé désireux de se perfectionner dans les disciplines où il n'est pas opportun de créer des programmes de maîtrise spécialisée (5.6.3.2).*

L'EQUIPE DE SOINS DE SANTE

Afin de mieux préparer les professionnels de la santé à travailler en équipe, il est recommandé:

16- *que les univeraités, en collaboration avec les établissements du réseau de santé, créent des milieux de stage "en équipe" pour offrir aux futurs professionnels de la santé la possiblité de parfaire une partie de leur formation clinique dans ce contexte (5.7.4.1);*

17- *que chaque programme de formation comporte progressivement, une période de formation pratique "en équipe", par exemple un stage de deux mois avec au moins deux autres types de professionnels de la santé (5.7.4.2);*

18- que les universités et les CEGEP collaborent entre eux pour organiser des stages en équipes multidisciplinaires dans les établissements du réseau avec lesquels ils sont liés par un contrat d'affiliation (5.7.4.3);

19- que les départements de médecine sociale et préventive, ou d'autres secteurs universitaires, développent une expertise de programmation et d'évaluation afin d'agir comme consultants lors de la formation d'équipe accueillant des étudiants en stage, et qu'une attention particulière soit apportée à l'évaluation de l'efficacité et des coûts du projet d'équipe (5.7.4.4).

LES STAGES CLINIQUES DANS LA FORMATION DES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ

Les stages cliniques constituant une partie intégrante de la formation universitaire et un requis absolu pour l'attribution du permis d'exercice et représentant un des meilleurs moyens pour améliorer la qualité des futurs professionnels, il est recommandé:

20- que les organismes universitaires et professionnels adoptent la définition suivante du stage de formation:

> "Le stage clinique est une période de formation pratique en milieu de santé, intégrée dans un programme de formation universitaire et professionnelle; de plus, le stage comporte des objectifs précis de savoir, de savoir-être et de savoir-faire dans un contexte de responsabilités graduées; enfin, il se déroule sous la surveillance réelle de professeurs et de moniteurs et il comporte une évaluation formelle" (5.8.5.1).

Afin de mieux réaliser l'intégration de la formation universitaire et de la formation professionnelle, il est recommandé:

21- *que les comités conjoints corporations professionnelles-universités s'entendent quant à la continuité universitaire et professionnelle de la formation pratique (5.8.5.2);*

22- *que les corporations professionnelles et les universités voient à intégrer tous les stages en milieu de santé à des programmes universitaires, sous la responsabilité de l'université en étroite collaboration avec la (ou les) corporation(s) professionnelle(s) concernée(s) (5.8.5.3);*

Au plan de l'organisation des stages cliniques, il est recommandé:

23- *que les universités, par la mise sur pied d'un service interne de coordination des stages, favorisent l'établissement des stages en équipes multidisciplinaires (5.8.5.4);*

24- *que les universités et les établissements de santé favorisent l' engagement conjoint des directeurs et moniteurs de stages dans le cadre du contrat d'affiliation (5.8.5.5).*

Eu égard à la rémunération des stagiaires, il est recommandé:

25- *que les services rendus à l'intérieur d'objectifs d'apprentissage gradués dans les stages en milieu de santé par les professionnels inscrits à des programmes réguliers de 2ième et 3ième cycles soient rémunérés (5.8.5.6).*

Pour mieux appuyer les implications de l'Université dans l'enseignement dans les sciences de la santé, il est recommandé:

26- *que les universités, après entente avec le ministère de l'Education et le ministère des Affaires sociales, finances les dépenses d'enseignement dans les établissements de santé qui reçoivent des étudiants universitaires (5.8.5.7).*

LE MAINTIEN DE LA COMPETENCE PROFESSIONNELLE

Compte tenu du Code des professions qui confère aux corporations professionnelles la responsabilité du maintien de la compétence de leurs membres, il est recommandé:

27- *que les universités réalisent l'importance de cette question et se préparent à jouer un rôle majeur dans le maintien de la compétence des professionnels de la santé surtout dans le développement des méthodes pédagogiques, l'évaluation de l'impact des programmes et la mise en disponibilité de ressources professorales (5.9.3.1).*

Pour s'assurer de la pertinence des activités de mise à jour et de perfectionnement dans ce domaine, il est recommandé:

28- *que les corporations professionnelles du secteur santé procèdent à des analyses de la pratique de leurs membres et fassent part des besoins individuels et collectifs aux directeurs de programmes universitaires (5.9.3.2);*

29- *que les universités, à cette fin, s'associent des établissements de santé périphériques et recrutent des moniteurs et des professeurs parmi les praticiens en vue de multiplier leurs actions (5.9.3.3).*

Afin d'assurer la continuité de la formation professionnelle, il est recommandé:

30- *que les universités confient aux facultés et écoles la responsabilité d'organiser les programmes de maintien de la compétence selon les mêmes normes pédagogiques qui prévalent dans l'enseignement régulier, mais adaptées à la clientèle et avec les mêmes professeurs (5.9.3.4)*

Dans le but d'accélérer la réalisation de programmes de maintien de la compétence, il est recommandé:

31- *que les corporations professionnelles élaborent et instaurent un mode de financement stable des programmes de maintien de la compétence de leurs membres (5.9.3.5);*

32- *que les corporations professionnelles négocient des ententes avec les institutions d'enseignement supérieur pour la réalisation de tels programmes (5.9.3.6).*

1 LE MANDAT

La Direction générale de l'enseignement supérieure (DGES) du ministère de l'Education, en vue de mieux faire face à ses obligations de formation du personnel de santé au niveau universitaire, a entrepris une étude de planification sectorielle dans le domaine des sciences de la sante. L'Opération Sciences de la Santé (OSS) se situe dans le même cadre général de rationalisation de l'enseignement supérieur que les deux autres opérations sectorielles soit l'Opération Sciences Appliquées (OSA) et l'Opération Sciences Fondamentales (OSF).

Le mandat requiert de préciser les prévisions qualitatives et quantitatives des differents types de professionnels de la santé au niveau universitaire en évaluant les besoins nouveaux engendrés par l'évolution du réseau de soins, la répartition des professionnels de la santé en pratique en s'appuyant sur des analyses des differents programmes et des clientèles actuelles dans les universites.

Le mandat indique aussi de s'intéresser à la formation continue des professionnels de la santé, à la recherche et à la formation des chercheurs, aux scientifiques oeuvrant dans les milieux hospitaliers et à la formation de certains professionnels du réseau de soins comme les travailleurs sociaux, les administrateurs et les psychologues.

Le mandat stipule également que soient fournies des indications sur la formation des professeurs du domaine de la santé dans le réseau collégial, sur l'accès à l'université des diplômés professionnels du CEGEP dans le secteur santé ainsi que sur le niveau de formation de quelques différentes professions en émergence.

Enfin, le mandat demande de formuler des recommandations, soit pour faciliter la coordination du développement des sciences de la santé, soit pour susciter des initiatives en milieu universitaire ou pour corriger des situations anormales.

2 LA DEMARCHE

L'Opération Sciences de la Santé a été preparée durant le printemps de 1972 lors de réunions préliminaires du futur Comité directeur et l'approbation du financement par le Conseil du Trésor a été accordée le 21 juin. Un document décrivant les objectifs et la programmation de l'Opération a été préparé durant l'ete de 1972 et diffusé après le lancement officiel de l'Opération par le ministre, l'honorable François Cloutier, le 11 octobre 1972.

Compte tenu de ce décalage au départ, l'Opération s'est terminée dans les délais prévus et après une phase de consultation tenue auprès des organismes universitaires et professionnels à l'automne 1975.

2.1 Le personnel

Pour mener à bien le mandat, le ministère de l'Education et sa Direction générale de l'enseignement supérieur (DGES) ont confié la responsabilité de l'Operation à un Comité directeur de 11 personnes provenant des milieux universitaires, professionnels et gouvernementaux.

Pour la conduite de l'Operation, un Comite exécutif de 5 membres a ete forme en avril 1972 et fut remplacé en avril 1974 par un Comité de travail de 7 membres, plus spécifiquement chargé de la rédaction du projet de rapport final et qui s'est réuni régulièrement jusqu'en avril 1975. La liste des membres de ces comites apparaît à l'annexe 2.1.

LE COMITE DIRECTEUR

SAUCIER, Guy Président	Professeur agrégé, Faculté de médecine	Université Laval
BERLINGUET, Louis	Vice-président à la recherche	Université du Québec
BOILEAU, René	Directeur Direction de la formation et du perfectionnement	Ministère des Affaires sociales
DENIS, Gaston (1)	Directeur Direction générale de l'enseignement supérieur (DGES)	Ministère de l'Education
DUGAL, Louis-Paul (2)	Vice-recteur et professeur	Université de Sherbrooke
GERARD, Mlle Madeleine (3)	Assistance-directrice, Direction des services infirmiers	Hôpital Notre-Dame
LUSSIER, Jean-Paul	Doyen Faculté de chirurgie dentaire	Université de Montréal
BERNARD, Charles (4)	Interne	Hôpital du Saint-Sacrement
PIGEON, Gilles	Doyen Faculté de médecine	Université de Sherbrooke

LE COMITE DIRECTEUR (suite)

SCOTT, Hugh	Director Medical Education and Residency programs in Medecine	Royal Victoria Hospital, Montreal
STAFFORD, Roland (5)	Agent de recherche Vice-présidence à la Recherche	Université du Québec
TREMBLAY, Jean-Yves	Directeur Bureau d'études	Centre hospitalier de l'Université Laval

(1) Nommé en juin 1975, vice-recteur à l'enseignement et à la recherche à l'Université de Sherbrooke.

(2) Nomme en 1975 conseiller technique auprès de la Commission de la recherche universitaire du Conseil des Universités.

(3) Mlle Gérard a démissionné le 21 janvier 1975

(4) En octobre 1973, M. Bernard a remplacé M. Jean-Thomas Michaud, interne à l'Hôpital du Christ-Roi.

(5) M. Stafford, comme coordonnateur de l'OSS, participait au Comité Directeur à titre d'invité.

Pour appuyer ces comités, une permanence a été mise en place dès juin 1972 et a réuni plusieurs spécialistes à différents moments de l'évolution des travaux de l'Operation. En avril 1975, M. Roland Stafford a été nommé coordonnateur pour la durée de la phase terminale de l'Opération.

De plus, un représentant de la Direction générale de l'enseignement collégial (DGEC) a participé aux délibérations du Comité directeur soit M. Fernand Gauthier, responsable du service de la recherche et du développement, pour la période, de 1973 à 1974 et Mlle Ginette Renaud pour la période de 1974 à 1975.

En avril 1974, pour alléger la tâche du président de l'Opération, M. Guy Saucier, et faciliter la discussion des textes qu'il avait préparé, M. Jean-Paul Lussier a accepté de présider les délibérations du Comité directeur.

2.2 Les activités des comités

Les différents comités ont oeuvré tantôt pour choisir les collaborateurs, tantôt pour définir les tâches, tantôt pour étudier les documents et prendre position sur différents problèmes. (Annexe 2.2)

Les documents préparés et présentés par les responsables de dossier ont été étudiés, résumés et discutés devant le Comité de travail avant d'être transmis au Comité directeur pour critique de fond et élaboration des recommandations.

A quelques reprises, les membres du Comité directeur ont pu rencontrer des responsables de dossier ou des membres du Comité de travail pour préciser l'interpretation de certains documents. La majorité des réunions furent tenues en milieu universitaire à Montréal, Sherbrooke et Québec et l'accueil de chacune des universités a été très apprécié.

2.3 Les dossiers

Afin de mieux circonscrire l'état des faits dans chaque sous-secteur, le Comite directeur a confie à des responsables de dossier l'élaboration d'un document de base sur les professionnels en pratique, les programmes universitaires de formation, les problèmes actuels et à venir dans chaque domaine, et ce, pour l'ensemble du Québec.

A cause de l'organisation des professions et des caractéristiques propres aux programmes universitaires, ces dossiers ont été compiles par secteurs professionnels, même si les responsables, comme universitaires, désiraient dépasser le champ professionnel actuel. Mais les discussions et les débats qui ont entouré l'étude du projet de Code des professions ont attiré l'attention sur les privilèges et les limites des professions plutôt que sur l'extension des champs de travail lors de la formation universitaire.

Les responsables de dossier ont accompli un travail remarquable, à travers une accumulation de données, qui leur a permis de rencontrer les dirigeants des corporations professionnelles et les directeurs de programmes universitaires, de discuter avec eux, et quelquefois entre eux, des problèmes touchant l'evolution de la profession et du réseau de distribution de soins. Sans oublier leur rôle d'animateur dont les retombées ne paraissent pas dans les textes publiés mais qui n'en sont pas moins reelles.

La liste des personnes qui ont agi à titre de responsable de dossier est presentee au tableau 1. Il faut noter que certains dossiers, comme par exemple les professions en émergence, la réadaptation et les scientifiques en milieu de santé, regroupent plusieurs sous-secteurs pour lesquels certains responsables de dossier ont reçu de l'aide.

TABLEAU 1

LES RESPONSABLES DE DOSSIER SELON L'AFFILIATION UNIVERSITAIRE

DOSSIERS	RESPONSABLES	AFFILIATION
Administration des services de santé et des services sociaux	RIVARD, Jean-Yves	Université de Montréal
Assistance médicale	LANCTOT, Claude	Université de Sherbrooke
Médecine dentaire	JEAN, Paul	Université Laval
Diététique	SEVIGNY, Jeannine	Université Laval
Médecine 1er cycle	ROYER, Albert	Université de Montréal
Internat et résidence	SCOTT, Hugh	Université McGill
Pharmacie et pharmacie clinique	LECLERC-CHEVALIER, Denise	INRS - Santé (1) Université du Québec
Professions en émergence - acupuncture - naturopathie - podiatrie - chiropratique	STAFFORD, Roland	Université du Québec

(1) Depuis 1974, président directeur-général du Conseil consultatif de pharmacologie du ministère des Affaires sociales.

TABLEAU 1 (suite)

LES RESPONSABLES DE DOSSIER SELON L'AFFILIATION UNIVERSITAIRE

DOSSIERS	RESPONSABLES	AFFILIATION
Service social en milieu de santé	ST-ARNAUD, Georgette	Université Laval
Psychothérapie	MORIN, Raymond	Centre hospitalier de l'Université Laval
Réadaptation - audiologie - orthophonie - physiothérapie - inhalothérapie - ergothérapie	DAUPHINEE, Sharon	Université McGill
Optométrie	BEAULNE, Claude	Université de Montréal
Scientifiques du milieu de la santé - biochimie - biologie - microbiologie - médecine vétérinaire - physique - génie bio-médical	SOUCY, Roméo	Hôpital Maisonneuve-Rosemont
Sciences infirmières	GOULET, Olive	Université Laval
Recherche	LAVALLEE, Marc	Université de Sherbrooke

2.4 Les etudes horizontales

Pour compléter les dossiers professionnels "verticaux", quelques etudes touchant plusieurs domaines professionnels ont ete amorcees. Trop tardives et malheureusement trop courtes, ces études ont néanmoins permis d'elaborer des concepts communs à plusieurs situations. La liste de ces etudes et de leur auteur comprend:

BERGERON, Georges A.	"L'articulation entre le CEGEP professionnel et l'Universite"
POTVIN, Pierre	"L'evolution des methodes pedagogiques"
BRUNET, Michel	"L'integration de l'equipe de soins"
RISI, Joseph	"Les stages cliniques dans la formation des professionnels de la sante"
DUFRESNE, Roger	"Le maintien de la competence professionnelle"
GIRARDIN, Yvan	"Sante et education physique"
BOURQUE, Paul N.	"Implantation des rôle nouveaux en nursing"

2.5 Les consultations

Plusieurs formes de consultation ont ete utilisées à divers stades de l'Opération. Il convient de signaler que dès le debut, l'OSS a entrepris une visite systematique des corporations professionnelles et des directeurs de programmes; cette action a permis aux responsables de dossier d'obtenir leurs données et plus tard connaître leurs reactions à certains dossiers. D'autre part, l'Opération s'est terminee avec la consultation sur le sujet de rapport final tenue auprès des corporations professionnelles et des universites à l'automne 1975.

2.5.1 Les consultations en cours d'opération

Un mini-colloque a été tenu à l'Université de Montréal le 6 avril 1973 pour permettre aux intéressés du monde professionnel, universitaire et gouvernemental de se rencontrer et de discuter les premières remarques des responsables de dossier. Plus de 125 personnes y ont assisté et le document-resumé a été distribué à plus de 100 organismes.

Chacun des documents élaborés par les responsables de dossier a été transmis aux universités et aux directeurs de programme, aux corporations professionnelles et aux associations professionnelles, aux différents organismes intéressés à la santé, aux ministères et organismes gouvernementaux et à tous les groupes qui en ont fait la demande.

Des rencontres régulières ont eu lieu avec les autorités du ministère des Affaires sociales et le président de l'Office des professions pour échanger sur des problèmes particuliers à l'OSS.

Des conférences publiques, des échanges, des discussions ont eut lieu chaque fois qu'une invitation a été lancée aux responsables de l'Opération par les organismes intéressés.

2.5.2 Les consultations sur le projet de rapport final

De septembre à décembre 1975, l'OSS est entrée dans une phase intensive de consultation sur le projet de rapport final auprès des organismes intéressés. A cette fin, plus de 1200 exemplaires du Projet de rapport final (PARTIE 1 et PARTIE 2) furent transmis aux universités, corporations professionnelles, ministères et agences gouvernementales et enfin à d'autres organismes oeuvrant dans le domaine de l'enseignement supérieur en sciences de la santé. Le Comité Directeur a donc officiellement

sollicite de ces diverses institutions à l'exception toutefois des ministères et agences gouvernementales, des réactions, commentaires ou suggestions sous forme de mémoires, lettres ou autres types de documents écrits. De plus, considerant l'interêt spécifique de ces interlocuteurs pour les questions relatives à l'enseignement supérieur, il fut convenu de tenir des audiences auprès des universités et des corporations professionnelles. C'est ainsi que les sept universités québecoises ont transmis leurs réactions et que des audiences furent tenues auprès de cinq d'entre elles. Pour leur part, des 25 corporations professionnelles intéressées aux sciences de la sante, 16 d'entre elles ont fait parvenir un mémoire au Comite Directeur de l'OSS et 11 corporations professionnelles ont présente leurs reactions lors d'audience avec le Comité Directeur. La liste des organismes consultés ainsi que le calendrier des audiences apparaissent à l'annexe 2.3.

2.6 Certaines difficultées rencontrees

Le mandat proposait l'etude de la formation des professionnels de la santé, "selon les besoins perçus, quantitatifs et qualitatifs du système de santé quebecois". Pour certains, il s'agirait, au total, pour le ministère de l'Education, que le ministère des Affaires sociales lui demande de former un nombre determiné de professionnels de la santé, tels que les médecins, pharmaciens, dentistes et autres pour une année donnée. La réalité est plus complexe et plus difficile: une quelconque mesure des besoins démontrerait rapidement le vacuum quasi infini du réseau de distribution de soins dans le modèle actuel accepté comme base de discussion. Et pour combler ces besoins infinis, les universités devraient former une multitude de professionnels selon le moule d'aujourd'hui. Et tout cela ensemble composerait une facture que l'Etat serait incapable d'assumer. De plus, au moment où les objectifs même du réseau de santé sont en modification, l'etablissement des besoins globaux est de fait impossible: des choix sectoriels successifs, pour ameliorer l'etat de santé de differentes categories de personnes, sont plus rationels et plus applicables.

Le decalage permanent entre la planification en sante et la planification en éducation représente une autre difficulté: un programme de soins peut être mis en marche en deux ans, alors qu'un programme de cours universitaire ne peut lancer sur le marché ses premiers diplômés que cinq à huit ans après la première proposition du programme. Cette limitation rend difficile la creation d'un programme de premier cycle dans un champ nouveau à cause de l'incertitude du marché de l'emploi et de la reconnaissance professionnelle.

Au debut, il fut question de constituer une banque de données qui puisse servir d'instrument à la planification: il est vite apparu que les besoins urgents et ponctuels d'une operation sectorielle telle l'OSS, sont incompatibles avec une approche permanente et longitudinale des clientèles etudiantes, des fichiers de professeurs, des fichiers de programmes, de cours, etc. Il fut donc decidé d'utiliser autant que possible les données des fichiers disponibles dans les universités et chez les corporations professionnelles et de ramasser au besoin les données utiles à chaque dossier par la voie du responsable de dossier. Cette approche moins sophistiquée assurait toutefois la cueillette de données valides.

Toutefois, le Comité directeur a decidé de laisser de côte toute la question des coûts de formation des professionnels de la sante et ce, pour des raisons multiples. Il faut noter en premier lieu une absence de données facilement accessibles sur les nombreuses implications financières de la formation d'un eventail aussi vaste de professionnels. En second lieu, il n'existe pas de modèle de répartition des coûts entre les divers secteurs d'une part,et entre les diverses institutions, centres hospitaliers et universites, d'autre part. Enfin, le Comité directeur s'est heurté à un manque de ressources en termes de temps, de personnel et de budget pour mener à bien une analyse sérieuse et pertinente de toutes les facettes de cette question.

Il n'en demeure pas moins qu'il eût été intéressant d'investiguer et d'analyser cet aspect du problème de la formation. Une telle étude demeure essentielle dans le contexte d'une réforme de la formation des travailleurs de la santé.

La planification sectorielle en santé sera donc plus facilement qualitative quant à la formation et détectera à l'avance les besoins futurs de la société. Une planification quantitative est necessaire pour assurer un minimun de professionnels compétents mais celle-ci a plutôt tendance à prolonger l'image professionnelle prévalente et à accepter d'avance, comme idéal, le mode actuel de distribution de soins.

2.7 Le terme et les retombées

Après un cheminement de plus de trois ans, l'Opération Sciences de la Santé (OSS) se termine par la presentation du rapport final au ministre de l'Education. Ce rapport final constitue une forme corrigée du projet de rapport final à la suite des discussions et des représentations faites par les universités et les corporations professionnelles lors des audiences tenues à cet effet. Le Comité directeur a intégré au rapport de l'Opération les suggestions retenues; par contre, les remarques dissidentes et les divergences d'opinion qui ne seraient pas retenues par le Comite directeur sont publiées en annexe.

Le ministère de l'Education consultera le ministère des Affaires sociales et le Conseil des universités, avant d'accepter et de mettre en application toute partie du rapport.

Il est probable que plusieurs recommandations du rapport auront déjà ete mises en pratique dans plusieurs milieux universitaires du Québec et que plusieurs initiatives locales s'inspireront de l'esprit du rapport. Il n'est donc pas question d'un moratoire dans un domaine aussi vaste et aussi dynamique

ANNEXE 2.1 - LE PERSONNEL

LE COMITE EXECUTIF

DENIS, G.	
DUGAL, L.P.	
PIGEON, G.	
SAUCIER, G.	Président
TREMBLAY, J.Y.	Secrétaire exécutif

LE COMITE DE TRAVAIL

DUGAL, L.P.	
PIGEON, G.	
STAFFORD, R.	
GAUTHIER, L.M.	
RIVARD, J.Y.	
SAUCIER, G.	Président
TREMBLAY, J.Y.	Secrétaire exécutif

LA PERMANENCE

SAUCIER, G.	Président	du 04-74 au 05-75
TREMBLAY, J.Y.	Secrétaire exécutif	du 06-72 au 05-75
PELCHAT, G.	Informaticien-demi-temps	du 01-73 au 03-73
BELANGER, J.P.	Recherchiste-temps partiel	du 04-73 au 12-73
BELLEROSE, P.P.	Recherchiste	du 04-73 au 11-73
DUBREUIL, E.	Informaticien	du 04-73 au 01-74
STAFFORD, R.	Coordonnateur	du 04-75 au 06-76

ANNEXE 2.2

ACTIVITES DES DIFFERENTS COMITES (jours/réunions)

1972-1975

Comités	1972-1973	1973-1974	1974-1975	1975-1976
Comité directeur				
Réunions	9	15	20	10
Audiences	-	-	-	7
Comité exécutif	18	5	3	-
Comité de travail	-	-	33	12

ANNEXE 2.3

LISTE DES ORGANISMES CONSULTES ET CALENDRIER DES AUDIENCES

2.3.1 - LES UNIVERSITES

UNIVERSITE	A SOUMIS UN MEMOIRE	FUT RECUE EN AUDIENCE
BISHOP	non	non
CONCORDIA	oui	non
LAVAL	oui	oui
McGILL	oui	oui
MONTREAL	oui	oui
SHERBROOKE	oui	oui
UNIVERSITE DU QUEBEC	oui	oui

2.3.2 - LES CORPORATIONS PROFESSIONNELLES

CORPORATION	A SOUMIS UN MEMOIRE	FUT RECUE EN AUDIENCE
Audio-prothésistes	oui	non
Chimistes	oui	oui
Chiropraticiens	oui	oui
Conseillers d'orientation	non	non
Dentistes	oui	oui
Denturologistes	non	non
Dietetistes	oui	oui
Ergothérapeutes	oui	oui
Hygiénistes dentaires	non	non
Infirmières auxiliaires	oui	non
Infirmières et infirmiers	oui	oui

ANNEXE 2.3 (suite)

LISTE DES ORGANISMES CONSULTES ET CALENDRIER DES AUDIENCES

2.3.2 - LES CORPORATIONS PROFESSIONNELLES

CORPORATION	A SOUMIS UN MEMOIRE	FUT RECUE EN AUDIENCE
Ingenieurs	oui	non
Médecins	oui	oui
Médecins-vétérinaires	oui	non
Opticiens d'ordonnance	non	non
Optométristes	oui	oui
Orthophonistes-audiologistes	oui	oui
Pharmaciens	oui	non
Physiothérapeutes	oui	oui
Podiatres	oui	oui
Psychologues	non	non
Techniciens dentaires	non	non
Techniciens en radiologie	non	non
Technologistes médicaux	non	non
Travailleurs sociaux	non	non

2.3.3 - AUTRES ORGANISMES PROFESSIONNELS (1)

ORGANISME	A SOUMIS UN MEMOIRE (2)
Administration	
Fédération des administrateurs de services de santé et de services sociaux	non
Médecine dentaire	
Association des chirurgiens dentistes du Québec	non
Corporation professionnelle des hygiénistes dentaires	non
Syndicat des denturologistes du Québec	non

ANNEXE 2.3 (suite)

LISTE DES ORGANISMES CONSULTES ET CALENDRIER DES AUDIENCES

2.3.3 - AUTRES ORGANISMES PROFESSIONNELS (1)

ORGANISME	A SOUMIS UN MEMOIRE (2)
Diététique	
Syndicat professionnel des diététistes du Québec	non
Médecine	
Association des facultés de médecine du Canada	non
Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada	non
Collège des médecins de famille du Canada	non
Fédération des médecins internes et résidents du Québec	oui
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec	non
Fédération des médecins spécialistes du Québec	non
Pharmacie	
Association des pharmaciens d'établissements de santé	non
Association professionnelle des pharmaciens d'industrie du Québec	non
Association professionnelle des pharmaciens salariés du Québec	oui
Association québécoise des pharmaciens propriétaires	non
Acupuncture	
Association d'acupuncture du Québec	oui
Centres d'acupuncture du Québec	non
Naturopathie	
Collège des naturopathes du Québec	oui

ANNEXE 2.3 (suite)

LISTE DES ORGANISMES CONSULTES ET CALENDRIER DES AUDIENCES

2.3.3 - AUTRES ORGANISMES PROFESSIONNELS (1)

ORGANISME	A SOUMIS UN MEMOIRE (2)
Podiatrie	
Association des podiatres du Québec	non
Syndicat professionnel des podiatres du Québec	non
Chiropratique	
Association des chiropraticiens du Quebec	non
Canadian Chiropractic Association	
Canadian Memorial College of Chiropractic (Toronto)	oui
Conseil national de recherches chiropratiques	non
Audiologie et orthophonie	
Association des étudiants en audiologie-orthophonie de l'Université de Montréal	oui
Association du Québec pour enfants avec problèmes auditifs	oui
McGill School of Communication disorders	oui
Section d'orthophonie et d'audiologie - Ecole de réadaptation Faculté de Médecine - Université de Montréal	oui
Physiotherapie	
Association professionnelle des physiothérapeutes du Québec	non
Inhalothérapie	
Association professionnelle des inhalothérapeutes du Québec	non
Optométrie	
Association des ophtalmologistes du Québec	oui
Association professionnelle des optométristes du Québec	oui

ANNEXE 2.3 (suite)

LISTE DES ORGANISMES CONSULTES ET CALENDRIER DES AUDIENCES

2.3.3 - AUTRES ORAGNISMES PROFESSIONNELS (1)

ORGANISMES	A SOUMIS UN MEMOIRE (2)
Scientifiques de la Santé	
Association des biochimistes d'hôpitaux	oui
Association des physiciens d'hôpitaux	non
Association professionnelle des technologistes médicaux du Quebec	non
Sciences infirmières	
Alliance des infirmières de Montreal	non
Association des infirmières catholiques du Canada	non
Association professionnelle Cadre des infirmiers	non
Les infirmières et infirmiers Unis Inc.	non
Syndicat professionnel des infirmières et infirmiers du Quebec	non

(1) Cette liste n'est certes pas exhaustive et ne comprend pas tous les individus et groupes également consultés par l'OSS.

(2) Il etait convenu que seules les universites et les corporations professionnelles intégrées au Code des professions seraient reçues en audience.

ANNEXE 2.3 (suite)

LISTE DES ORGANISMES CONSULTES ET CALENDRIER DES AUDIENCES

2.3.4 - CALENDRIER DES AUDIENCES

Le 14 novembre 1975 - Corporation professionnelle des physiotherapeutes du Québec
- Corporation professionnelle des dietétistes du Quebec
- Corporation professionnelle des orthophonistes et audiologistes du Québec
- Ordre des podiatres du Québec

Le 24 novembre 1975 - Ordre des infirmières et infirmiers du Quebec
- Corporation professionnelle des médecins du Quebec

Le 25 novembre 1975 - Ordre des chimistes du Québec
- Ordre des chiropraticiens du Quebec
- Ordre des dentistes du Quebec
- Ordre des optometristes du Quebec
- Corporation professionnelle des ergotherapeutes du Quebec

Le 8 decembre 1975 - Universite du Quebec

Le 9 decembre 1975 - Universite Laval

Le 11 decembre 1975 - Université de Sherbrooke

Le 12 décembre 1975 - Université de Montreal.
- Universite McGill

3- LA PROBLEMATIQUE EDUCATION-SANTE

3.0 INTRODUCTION

L'évolution des programmes universitaires de santé durant les quinze dernières années a été favorisée par une collaboration ad hoc entre les universités et le gouvernement et un hasard parfois heureux entre les projets des deux ministères de la Santé et de l'Education. Jusque-là les universités avaient permis l'éclosion de quelques écoles universitaires de type professionnel et avaient formé les professionnels de la santé dans un cadre quelquefois excellent, selon les ressources financières et professorales qu'elles pouvaient rassembler.

La survenue d'un support financier gouvernemental accru de l'éducation supérieure, le développement accéléré du système hospitalier de distribution de soins, la mise en place de l'assurance-hospitalisation et l'investissement dans la recherche bio-médicale ont été des facteurs positifs dans l'expansion des programmes universitaires.

Cependant l'impact du rapport Castonguay-Nepveu et les actions du ministère des Affaires sociales ont changé la perspective du système de santé

de demain: l'évolution vers la régionalisation, l'installation d'un régime d'assurance-maladie universel garantissant l'accessibilité géographique et financière ont obligé le gouvernement à intervenir auprès des institutions d'enseignement afin de s'assurer que le personnel formé réponde aux besoins. Dès lors, une consultation constante entre le ministère des Affaires sociales, le ministère de l'Education et les universités est devenue un point capital dans la mise en application du régime de santé.

3.1 LES UNIVERSITES ET LES ECOLES PROFESSIONNELLES

Plusieurs écoles universitaires sont nées de la perception qu'avaient certains professionnels des besoins de la société: les écoles de médecine de McGill et de Laval, les écoles d'art dentaire et de pharmacie sont de celles-là. L'appui des corporations professionnelles et la collaboration continuelle des autorités universitaires ont permis à ces écoles d'évoluer vers le statut de faculté où la recherche prenait place à côté de la transmission du savoir et du savoir-faire.

3.1.1 Présence des corporations professionnelles

Le même type de regroupement qui incitait les premiers praticiens à fonder une école les poussait davantage à former une corporation pour définir les conditions d'accès à la profession. Le législateur, plus tard, vint à accorder l'exclusivité de la profession dans le but de protéger la population et plusieurs corporations professionnelles ont évolué de cette façon. Aussi, était-il fréquent de voir la corporation régir l'accès à l'étude de la profession puis de contrôler les examens annuels ou terminaux des futurs praticiens. De plus, plusieurs stages étaient effectués en milieu professionnel, comme en pharmacie d'officine par exemple, ou en milieu mi-universitaire, mi-professionnel comme à l'hôpital.

Certaines corporations ont exigé un stage de type professionnel après l'obtention du diplôme universitaire et avant l'admission à la pratique libre de la profession: le stage de bachelier en pharmacie et d'interne en médecine en sont des exemples.

En raison de la présence de praticiens sur les Conseils des facultés, une correspondance approximative entre le curriculum universitaire et les besoins de la société fut obtenue sans trop de décalage. La présence de professeurs et d'étudiants dans les centres hospitaliers a contribué très positivement à améliorer la qualité des soins en présentant un panorama actuel de la meilleure pratique professionnelle. Ainsi, en médecine, les exigences de la corporation professionnelle vis-à-vis la spécialisation ont façonné le système actuel de résidence bien avant que les universités la prennent en charge. De plus, la spécialisation a favorisé le développement de la médecine et une plus grande disponibilité de spécialistes, ce qui a facilité le recrutement de moniteurs et de professeurs-cliniciens pour encadrer la formation clinique. A cela, il faut ajouter une certaine dépréciation de l'image du généraliste qui a conduit à l'omniprésence des spécialistes, cliniciens et chercheurs, comme seul modèle à proposer aux étudiants et à une absence d'enseignement et de pratique de la médecine générale.

Une proportion importante du corps professoral dans les sciences de la santé était formée de praticiens peu intégrés à la vie universitaire. La collaboration entre les universités et les corporations professionnelles n'était pas formellement organisée et passait surtout par la voie de la collaboration; ou encore par le fonctionnement de comités d'éducation de la corporation où siégeaient les doyens ou directeurs de programme; ou enfin, par le cumul de fonctions professionnelles et universitaires de certains professeurs.

3.1.2 Les stages pratiques

L'enseignement des sciences de la santé a progressé du compagnonnage vers une formation académique de plus en plus sophistiquée et comportant encore une bonne proportion de stages pratiques à divers moments du programme. L'organisation des stages, l'encadrement des étudiants, la collaboration des établissements de santé et des praticiens-moniteurs et le grand nombre des étudiants ont toujours été le cauchemar des doyens.

Il est admis que les stages pratiques sont un élement-clé de la formation professionnelle et que le diplômé universitaire devrait être en mesure de pratiquer sa profession immédiatement. Dans le domaine de la santé, ces principes sont appliqués de façon très inégale selon les professions. Là où l'installation matérielle est sous la direction universitaire immediate, comme dans une clinique dentaire sur le campus, le problème des stages est moins critique. Cependant, la plupart des stages en médecine, en pharmacie, en diététique, en nursing et en physiothérapie sont effectués dans des établissements de santé hors du campus, affiliés de façon variable à l'université et sous la direction de quelques professeurs ou moniteurs tantôt rémunérés tantôt quasi-bénévoles. L'université ne pouvait guère imposer ses exigences et son budget ne lui permettait pas d'offrir des compensations financières voisines de celles de la pratique lucrative. Plusieurs tentatives de recruter des professeurs "plein-temps géographique" ont eu un succès relatif et temporaire en dehors des milieux proprement universitaires.

Une autre difficulté des stages pratiques concerne la responsabilité des actes professionnels posés par les étudiants. En effet, l'objectif du stage étant l'apprentissage de gestes professionnels ayant une relation directe avec la santé de vrais sujets, les étudiants se voient confier des respon-

sabilités croissantes selon leur niveau de "compétence" et peuvent ainsi acquérir une autonomie progressive en démontrant leurs capacités à prendre des décisions. Toutes sortes de problèmes théoriques et pratiques de responsabilité légale, d'assurance-responsabilité et de rémunération des professeurs-moniteurs en compliquent la compréhension.

Dans plusieurs secteurs, les étudiants sont soumis à des stages universitaires et à des stages professionnels. Les premiers sont organisés et supervisés par l'Ecole ou la Faculté, surviennent à la fin des études et sont comptabilisés en scolarité selon une évaluation qui est quelquefois très poussée. Les stages professionnels sont exigés par la corporation professionnelle pour obtenir le droit de pratique ou même l'appartenance à la corporation; ces stages sont supervisés par des professionnels en pratique, très souvent les stagiaires y sont rémunérés et, dans la plupart des cas, le stage professionnel est effectué après les études universitaires.

Enfin, le Conseil des universités indique clairement que les corporations ne devraient pas imposer des exigences académiques au-delà du premier diplôme universitaire comme condition d'appartenance à la profession. (1) L'Office des professions n'a pas encore statué sur le sujet.

La position des étudiants dans cette jungle est très variable selon les professions. En pharmacie, le stage professionnel peut se dérouler durant les années d'études universitaires, selon un programme présenté en 1974; ce stage, complémentaire du stage universitaire, est organisé et supervisé par la corporation mais discuté au préalable avec les doyens des facultés de pharmacie ou écoles professionnelles. De plus, ce stage rémunéré devient

---

(1) Conseil des universités, Grandes orientations de l'enseignement supérieur, cahier III, 23 février 1973, recommandation 3.6k, page 44.

une sorte de bourse individuelle accordée par l'employeur. Il est à noter qu'une proportion importante de ces stages est effectuée dans les établissements du réseau de soins de santé et que le ministère des Affaires sociales est à toutes fins pratiques l'employeur.

A l'oppose, en psychologie clinique, l'étudiant doit d'abord obtenir une maîtrise universitaire après son baccalauréat puis commencer un apprentissage avec supervision professionnelle auprès d'un psychologue reconnu par la corporation avant d'obtenir une reconnaissance; le coût des stages est défraye par le candidat.

Dans d'autres secteurs, les stages se font presqu'exclusivement dans des centres hospitaliers, comme pour la diététique, par exemple. Dans quelques circonstances, les étudiants du CEGEP et de l'Université dans un même domaine, font un stage au même centre et il devient difficile de différencier les objectifs pédagogiques des deux groupes, comme par exemple pour les infirmières et les étudiants en readaptation.

Plusieurs autres contraintes rendent le problème plus complexe. En effet, la durée de l'année universitaire, les structures de programmes et de cours, le nombre limité de places de stages et l'obligation de rotation des groupes d'étudiants, les caractéristiques et la variété de la clientèle et la rareté de la présence professorale hors du campus ont obligé plusieurs directeurs de programme à chercher des solutions de fortune.

Par ailleurs, des alternatives comme l'utilisation du trimestre d'été, la prolongation des stages durant un demi-semestre créent un autre problème comme le fait d'être privé d'un emploi d'été pour un étudiant. Le recrutement de

moniteurs parmi les professionnels des établissements de santé occasionnent des ennuis aux employeurs et les primes de monitorat ne font pas partie de toutes les conventions collectives et sont absentes des ententes avec le personnel de cadre.

En résumé, la problématique des stages est le résultat de l'évolution individuelle de plusieurs écoles professionnelles dans une tradition des corporations où les exigences universitaires et professionnelles ont été satisfaites à divers degré et de diverses façons. L'obligation pour un groupe d'étudiants de provenances différentes, de maîtriser, au même rythme, l'ensemble d'un champ professionnel devient une illusion et l'espoir de voir ces candidats "compléter leur formation" et combler leur déficit par une pratique à peine supervisée et affublée du nom d'internat est un mirage dangereux. Une conception unifiée des stages de formation qui tienne compte des éléments variables de l'état actuel est nécessaire. Il faut redéfinir le stage en termes d'objectifs, de méthodes pédagogiques, de présence professorale et d'évaluation des attitudes et des compétences à l'intérieur d'un programme universitaire auquel aura participé la corporation professionnelle. (Voir chapitre 5, section 5.8 sur les stages cliniques dans la formation des professionnels de la santé).

3.1.3 L'université et l'enseignement permanent en santé

Le maintien de la compétence professionnelle des praticiens est demeurée une préoccupation mineure à l'université. Le processus naturel des écoles professionnelles de santé est d'établir le premier cycle, puis de se lancer vers le 2ième cycle professionnel et enfin aborder les programmes de perfectionnement. Une certaine conscience professionnelle chez les professeurs, un minimum de collaboration avec la corporation professionnelle, un immense effort

de bonne volonté et un financement squelettique ont permis des initiatives intéressantes: cours de perfectionnement, journées du praticien, tournées dans certains centres éloignés du campus. Depuis cinq ans, un travail systématique plus orienté s'est effectué en médecine et on a commencé à voir dans l'enseignement continu une obligation importante de l'université vis-à-vis de ses diplômés; mais, la participation étant sur une base volontaire, ces programmes n'atteignent que les praticiens les plus intéressés, et probablement ceux dont la pratique est la plus correcte.

Plusieurs programmes universitaires n'ont pas encore beaucoup d'"anciens", comme en nursing et en physiothérapie. De plus, dans certains secteurs comme la pharmacie, c'est la corporation qui organise l'enseignement continu alors qu'en médecine dentaire, ce sont les sociétés dentaires locales qui ont joué ce rôle depuis longtemps.

Un résumé de la situation dans ce domaine au Québec, apparaît au chapitre 5, section 5.9 sur le maintien de la compétence des professionnels de la santé.

Dans une perspective plus large, il est évident que l'université n'a pas perçu que c'était son rôle de prendre en charge la promotion de la qualité de la santé dans la région qui l'entoure et ses ressources sont concentrées sur les activités du campus, et par débordement, dans les établissements affiliés. Problème financier, problème de conscience sociale et d'intégration de l'université dans la marche de la société, problème de croissance rapide, tous ces aspects expliquent une absence fréquente de leadership de l'université dans le domaine de la santé.

Cependant un mouvement certain est bien dessiné dans les grands documents commentés au chapitre 4, section 4.2.1. Celui-ci met un accent très marqué sur le maintien de la compétence professionnelle et sur l'insertion des programmes "continus" dans les activités universitaires. De plus, une philosophie nouvelle de l'enseignement permanent est proposée par le Conseil des universités, et enfin, le Code des professions accorde aux corporations professionnelles la responsabilité de la formation continue de leurs membres.

3.2 L'UNIVERSITE, LA SANTE ET LES MINISTERES

L'évolution rapide des systèmes de santé et d'éducation a modifié profondément les relations entre l'université et les établissements de santé qui collaboraient à la formation pratique des étudiants. D'un système de bonne entente tacite et de bénévolat personnel, la situation a évolué vers un système de contrats d'affiliation et de rémunération compétitive. Des intervenants puissants et planificateurs se sont interposés: après l'instauration du régime d'assurance-hospitalisation, le ministère de la Santé, aujourd'hui appelé le ministère des Affaires sociales, est devenu un interlocuteur omniprésent pour tout ce qui touchait à la présence des professeurs et des étudiants dans l'hôpital. Pour sa part, avec l'accroissement marqué de sa participation au financement public des institutions de haut savoir, le ministère de l'Education s'est intéressé à l'utilisation des ressources et aux programmes de formation pour atteindre un minimum de standardisation dans la gestion.

Dans la période, allant de 1960 à 1970, les universités se sont adressées de préférence au ministère de la Santé pour clarifier les problèmes de formation

en santé et obtenir des décisions importantes sur des problèmes tels les bourses aux étudiants, la définition du statut des internes et des résidents et la rémunération des professeurs cliniciens à plein-temps. Plusieurs de ces décisions sont encore en pratique et constituent l'héritage transmis par le ministère des Affaires sociales au ministère de l'Education.

Dans une seconde période, après 1970, il s'est effectué un transfert des responsabilités éducatives en santé du ministère des Affaires sociales au ministère de l'Education, principal responsable de ces questions.

Ce changement s'est produit parallèlement à:

- l'augmentation des clientèles;
- l'instauration de plusieurs nouveaux programmes (la médecine dentaire à Laval, la médecine de famille pour les quatre universités, la physiothérapie à Laval, les sciences infirmières (nursing) à UQTR);
- l'établissement de nouvelles normes budgétaires dans les universités;
- des tentatives d'affiliation des centres hospitaliers d'enseignement.

De son côté, le ministère de l'Education s'est trouvé subitement en face de problèmes aussi complexes que l'encadrement des résidents et internes en médecine, les contrats d'affiliation entre les universités et les établissements de santé et la politique de rémunération des moniteurs de stages.

3.2.1 L'université et le ministère de l'Education

3.2.1.1 Le financement de l'éducation supérieure

Le financement accru de l'enseignement post-secondaire par les fonds publics a créé des liens nouveaux entre l'université et le gouvernement;

ces liens se sont organisés progressivement dans une collaboration nécessaire entre le ministère de l'Education, le Conseil des universités et chaque université. Au début, il s'agissait de subventions per capita et de subventions d'investissement mais, petit à petit, des critères, des formules et des contrôles se sont ajoutés pour définir plus uniformément une realité très diversifiée. L'approche dite "historique", c'est-à-dire par correction approximative de la situation financée en l'année 1969, s'est révélee tout à fait inadéquate.

Deux approches successives ont été entreprises pour trouver une solution ordonnee à ce problème annuel; d'abord le ministère de l'Education et les universités, dans un projet de concertation globale, ont mis sur pied le Comite d'élaboration d'un système d'information et de gestion des universités (CESIGU) pour uniformiser si possible certaines methodes de gestion universitaire; puis, le ministère de l'Education, par sa Direction générale de l'enseignement supérieur (DGES) et un comité de concertation, ont tenté d'établir une formule de financement plus adaptée, basée sur la construction d'enveloppes selon les programmes d'activités.

Le ministère de l'Education et la Direction générale de l'Enseignement supérieur ont amorcé plusieurs etudes antérieures aux "opérations sectorielles", dont le CESIGU et le Système d'informatique et de gestion des universités (SIGU) pour mettre sur pied des fichiers tels ceux de la caractérisation des masses salariales, des populations étudiantes, de répertoire de programmes de cours et de la mesure des heures-contact. Cependant, ce Comité CESIGU, devant la tâche impossible de satisfaire les besoins de chaque université et du ministère de l'Education en même temps, n'a pu produire des définitions opéra-

tionnelles sur des problèmes aussi centraux que ceux de l'étudiant à plein temps, la valeur d'un crédit et le coût par étudiant selon le secteur. Enfin, cet organisme mis sur pied pour améliorer la gestion des universités s'est buté à une collaboration très réservée des universités et des syndicats de professeurs qui craignaient un contrôle excessif du ministère de l'Education sur leurs activités.

Le concept qui sous-tend les relations ministère de l'Education - universités est celui de l'autonomie des institutions privées, concept qui doit être concilié dans les faits avec l'obligation pour le ministère de l'Education, d'assumer les engagements de plus de $300 millions au titre du financement partiel des universités. Les administrations universitaires craignent l'ingérence gouvernementale dans la conduite de leurs établissements. Par ailleurs, la Direction générale de l'Enseignement supérieur doit répondre des argents distribués à chaque institution dans un souci de justice pour l'ensemble des universités et dans une perspective de rendement pour l'avenir du Québec.

En vertu de l'autonomie universitaire, les informations financières ne circulaient pas à l'intérieur de l'université, ni entre les universités, ni des universités vers le ministère de l'Education. Selon la "méthode historique", le ministère de l'Education, après avoir consulté le Conseil des universités, s'appliquait à "corriger" les allocations budgétaires des années précédentes en tenant compte de divers facteurs dont le recrutement de nouveaux étudiants et professeurs et la mise en marche de nouveaux programmes. L'enveloppe globale, remise à chaque université, pouvait être répartie selon les priorités locales.

Un terrain d'entente semble apparaître avec l'acquiescement des universités à une étude conjointe avec le ministère de l'Education, de calcul d'enveloppes par la méthode budget-programmes d'activités: cette formule aurait l'avantage de préserver l'autonomie universitaire dans les initiatives d'enseignement et de permettre un contrôle des coûts par type d'activités. Pour établir un modèle de ressources par secteur d'enseignement, cette approche fait appel à l'analyse des formules pédagogiques dans chaque programme de cours et remplace l'approche "per capita". Une telle vue plus globale des activités des institutions universitaires est moins contraignante que la mesure micrométrique du système universitaire qui avait été entreprise par le ministère de l'Education et le Comité d'élaboration d'un Système d'informatique et de gestion des universités (CESIGU).

3.2.1.2 Estimé des besoins du Québec

Un autre volet des préoccupations du ministère de l'Education consiste à examiner le système d'éducation supérieure en regard des besoins du Québec. L'organisme qui défraie la note est en droit de savoir si les besoins quantitatifs et qualitatifs en diplômés universitaires seront satisfaits par l'ensemble des programmes de formation des universités. Poser la question est déjà un début de planification: les initiatives très isolées, les visions d'hommes éclairés et les pressions des corporations professionnelles avaient été jusqu'ici les guides de l'expansion de chaque université. L'effet cumulatif de ces facteurs avait constitué dans le secteur santé une réalité valable.

Cependant, chaque université, interprétant le climat social et voulant répondre aux besoins perçus du milieu, veut entreprendre de dispenser des pro-

grammes dans plusieurs nouveaux domaines de la santé. Devant ces demandes, ni le Conseil des universités, ni le ministère de l'Education ne disposent de cadre de référence pour juger des priorités, surtout à un moment où le système de santé évolue à grand renfort de réformes administratives au plan de l'organisation des services de santé et des professions.

Pour solutionner ce problème, le ministère de l'Education a mis sur pied des operations sectorielles (OSA, OSS et OSF) chargées de préparer une planification provinciale et d'assurer l'adéquation des besoins et des ressources. Bien que distincte de la fonction d'information gestionnaire du Comite d'élaboration d'un système informatique de gestion universitaire (CESIGU), la planification sectorielle a été plus ou moins bien reçue par les universites qui auraient préfere une planification globale avant tout essai de planification sectorielle.

Au total, les opérations sectorielles, nécessaires tout autant pour le ministère de l'Education que pour le Conseil des universités et chacune des universités, afin d'entrevoir l'évolution de chaque sous-secteur vis-à-vis des besoins du système, sont arrivees au moment où les universités ressentaient toute "enquête" gouvernementale comme une menace de contrôle financier. Chacun consent à la planification dans la mesure où elle lui est profitable, alors que le risque inhérent à tout plan est de voir prédominer la rationalisation sur l'innovation, de changer pour l'inconnu et de retarder les initiatives.

Pour le ministère de l'Education, la planification sectorielle en santé, en plus de prévoir les effectifs de formation universitaire nécessaires au système de soins doit aussi prevoir les effectifs professoraux pour le système

éducatif en santé, c'est-à-dire les professeurs pour les techniques de santé au CEGEP et les professeurs et chercheurs pour les écoles universitaires de santé.

3.2.2 L'université et le ministère des Affaires sociales

Les universitaires, par leurs recherches et leur témoignage ont été particulièrement actifs dans la mutation importante du ministère de la Santé en ministère des Affaires sociales. En effet, en l'espace de vingt ans, on a vu le ministère de la Santé, centré sur la santé publique, sur la lutte aux maladies infectieuses, sur la lutte à la tuberculose et sur un réseau d'hôpitaux psychiatriques et un système d'assistance publique aux dépourvus, se transformer en ministère des Affaires sociales responsable d'un réseau d'établissements de santé, d'accueil et de garde, et promoteur de la santé personnelle. Après l'assurance-hospitalisation et l'assurance-maladie, le ministère des Affaires sociales, devenu un tiers-payant universel, a voulu rationaliser ses interventions en un réseau de soins et de promotion de la santé, selon la philosophie du Rapport Castonguay-Nepveu.

La transformation du milieu de la santé s'est effectuée en dehors du campus à exception de l'Université de Sherbrooke qui a participé par son centre hospitalier à l'évolution de la situation. Face à la formation des conseils d'administration des hôpitaux d'enseignement et face à la compétition des CEGEP, les universités ont dû entreprendre le long processus de l'affiliation pour garantir à ses étudiants et professeurs un milieu de formation propice. Pour les hôpitaux, l'accès à la Caisse fédérale d'aide à la santé passait par une acceptation universitaire de projets de construction favorisant la formation de professionnels de la santé en nombre accru. L'instauration de postes de cliniciens-enseignants, dits plein-temps géographiques, était un pas

en avant pour la recherche clinique et la formation des étudiants et des résidents en médecine. Il faut noter que le ministère de la Santé a subventionné ces postes durant quelques années sans qu'il y ait de contrat ou d'entente écrite entre les parties, ce qui a laissé la porte ouverte à certains abus.

Dans la loi sur les services de santé et les services sociaux (L.Q. 1971, c.48), le législateur introduisait pour le première fois dans un texte légal la notion de centre hospitalier d'enseignement avec des obligations précises, à savoir: recevoir au Conseil d'administration un représentant de l'université, former un comité d'enseignement avec la participation de l'université et signer un contrat d'affiliation avec les établissements d'enseignement. Un contrat-type, largement étudié et discuté, a ensuite été proposé aux administrateurs universitaires et hospitaliers. Ce contrat peut englober l'enseignement et la recherche dans plusieurs sous-secteurs de la santé. Une directive récente du ministère des Affaires sociales indiquait qu'à partir de 1975, seuls les centres hospitaliers affiliés par contrat pourront recevoir des résidents et internes en médecine.

Dans cette séquence rapide d'évènements, l'université a hérité d'une présence et de pouvoirs importants dans les centres hospitaliers désireux de recevoir des étudiants et des professeurs. Dans le même laps de temps, quelques universités commençaient à éprouver des difficultés dans leurs relations avec les professeurs cliniciens en médecine et les syndicats et devaient trouver des moyens de s'adapter à une concurrence indirecte exercée par la Régie de l'assurance-maladie (RAMQ) au plan de la rémunération.

Dans quelques secteurs, l'élément "compétition" créé accidentellement par le niveau de rémunération élevé des professionnels participant à la Régie rend difficile le recrutement professoral actuel (en médecine, en optométrie) et met en danger le recrutement futur. Un nombre décroissant de jeunes médecins choisit la carrière de chercheur et une proportion moindre des finissants s'oriente vers les études spécialisées qui constituent les voies habituelles conduisant aux postes de professeur. On peut entrevoir la complexité des intéractions entre le ministère des Affaires sociales et les universités. L'évolution du système de santé a créé une situation dynamique difficile où l'université doit en même temps s'impliquer davantage avec les centres hospitaliers du réseau à cause des contrats d'affiliation, s'adapter à une augmentation de la clientèle étudiante au niveau des stages pratiques et faire face à une diminution relative de la présence professorale en milieu clinique.

L'université demeure en contact avec le ministère des Affaires sociales pour plusieurs problèmes touchant l'innovation, la démonstration, la recherche, les bourses de perfectionnement et les unités de médecine familiale. Plusieurs professeurs sont membres de comités et conseillers auprès du ministère. Les départements de médecine sociale et préventive, formés dans la ligne de pensée du rapport Castonguay/Nepveu, ont été les instigateurs d'un mouvement vers un concept élargi de la santé. Le Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS) a vécu une expérience unique de transformation du milieu de la santé par l'intégration de l'enseignement, de la recherche et de la distribution des soins. En effet, une longue étude, CERFAMUS[1], a été entreprise pour tenter de départager ce qui est éducation de ce qui est ser-

(1) Comité d'étude sur les ressources de la Faculté de médecine de l'Université de Sherbrooke.

vices dans un centre hospitalier universitaire.

La situation actuelle des stages, du support de la recherche et l'avenir du système de santé ont créé des liens multiples entre le ministère des Affaires sociales et les universités, liens qui dépassent le financement pour toucher la qualité des professionnels de la santé de demain et qui permettent au ministère des Affaires sociales de tirer un meilleur parti de l'expertise universitaire.

3.3 LES ECHANGES ENTRE LE MINISTERE DE L'EDUCATION ET LE MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES

Avec la prise en charge du financement de l'éducation supérieure par le ministère de l'Education et la responsabilité croissante du ministère des Affaires sociales dans le domaine de la santé, une collaboration devenait nécessaire entre ces deux ministères pour coordonner les efforts et délimiter les champs de compétence.

Déjà, dès 1966, un comité-conjoint avait siégé pour discuter entre autres du problème des internes et résidents et aussi des professeurs dits plein-temps géographiques; de longues discussions sur le statut du résident, mi-étudiant, mi-médecin d'établissement, ont permis d'élaborer une certaine doctrine. Cependant, à la suite de la parution du volume II du Rapport Castonguay-Nepveu en 1968, il devenait plus évident que la responsabilité de ces programmes de résidence devait être confiée aux universités; ceci fut accompli le 1er juillet 1970 et ce type de responsabilité est encore unique en Amérique du nord. Dans ce même volume II, il était recommandé[1] de créer un "Comité de la formation médicale", responsable envers le ministre de la Santé et regroupant des membres de la Corporation des médecins, des Facultés de médecine, de l'Association des hôpitaux et des ministères de la Santé et de l'Education; ce comité, formé en 1969, a été dissous en 1970.

---

(1) Rapport sur la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social, Volume II, Les médecins internes et résidents, page 75, Gouvernement du Québec, 1967.

Mais avec l'évolution parallèle du ministère de l'Education et du ministère des Affaires sociales vers un réseau provincial l'un de formation, l'autre de distribution de soins, des problèmes de prévision et de formation de main-d'oeuvre sont devenus fréquents, d'abord au niveau collégial et plus tard au niveau universitaire. Le comité-conjoint ministère de l'Education - ministère des Affaires sociales, le Comité d'etude de la main-d'oeuvre hospitalière (CEMOH), le Comité Bergeron (voir chapitre 4, section 4.11) ont tenté de répondre, entre autres, à cette question importante: comment fournir au réseau de santé les professionnels dont il a et aura besoin?

L'éventail des problèmes au niveau collégial est très vaste et touche à la fois les programmes de techniques physiothérapeutiques, le nombre de CEGEP offrant les techniques infirmières, les contrats CEGEP-hôpitaux, les bourses de perfectionnement, la préparation des professeurs du CEGEP en santé et la pertinence de nouveaux programmes. Il faut remarquer que la Direction générale de l'enseignement collégial (DGEC) a la charge de la planification des CEGEP et que le dialogue ministère de l'Education - ministère des Affaires sociales peut avoir un effet direct sur la mise en marche rapide de projets concrets. Une commandite du ministère des Affaires sociales peut être modelée en programme collégial et implantée dans un CEGEP dans un délai de 24 mois.

Au niveau universitaire le dialogue ministère de l'Education - ministère des Affaires sociales ne trouve pas une correspondance aussi efficace parce que le pouvoir d'initiative est plus flou et la planification moins évidente, en raison de l'autonomie des institutions. Les consultations interministérielles ministère de l'éducation - ministère des Affaires sociales ne peuvent avoir une portée décisionnelle vis-à-vis la création de nouveaux programmes; ces ministères ne peuvent qu'appuyer d'un avis positif d'opportunité une demande au Conseil des universités venant d'une université. Quelquefois, le ministère des Affaires sociales - employeur pourra refuser son appui à une demande d'appro-

bation d'un programme de niveau universitaire, préférant plutôt engager des diplômés de niveau collégial.

C'est dans ces circonstances difficiles que l'Opération Sciences de la Santé (OSS) a été lancée pour faire le point entre les perspectives du ministère des Affaires sociales et de l'Education tantôt agissant comme planificateurs, tantôt comme financiers. Il existe dans le monde universitaire, une certaine expertise et une certaine vision de la santé de demain qui viendront en conflit continuel avec les budgets arrêtes selon les politiques officielles du ministère de l'Education et du ministère des Affaire sociales. Par ailleurs, le grand plan de santé exposé dans le Rapport Castonguay ne pourra pas se réaliser sans une modification profonde de la formation des futurs professionnels; l'evolution des programmes de formation est liée à la transformation des milieux de stages cliniques et à la capacité d'accueil du reseau de soin de santé qui emploiera ces professionnels nouveau genre.

Une différence additionnelle entre le ministère de l'Education et le ministère des Affaires sociales est l'approche fondamentalement différente de ces deux ministères presentent devant chaque problème. Dans la poursuite d'un objectif général bien dessine, le ministère des Affaires sociales établit des priorités à moyen terme (2-3 ans) et aimerait pouvoir compter sur des professionnels entrainés à des nouvelles tâches. A l'opposé, pour bien remplir son rôle, le ministère de l'Education tente de connaître les besoins du ministère des Affaires sociales pour financer des programmes universitaires qui, dans un delai de cinq à dix ans commenceront à produire des diplômés en nombre suffisant. Cette discordance dans le temps est une source de difficultés répétées.

Le chassé - croisé entre les ministères de l'Education et des Affaires sociales, agissant tantôt comme planificateurs, tantôt comme financiers, conduit à une impasse qui limite les initiatives novatrices et perpétue la situation actuelle où le curatif hospitalier dispendieux et l'autonomie professionnelle rémunérée à l'acte retardent la promotion de la santé pour tous et le travail en équipes multidisciplinaires. Des facteurs de résistance au changement sont nombreux: inertie et lenteur des administrations, position de défense des professions depuis l'existence du Code des professions, disparité des modes de rémunération, marché inconnu de l'emploi et formation pratique des étudiants selon le mode actuel. Par ailleurs, les facteurs de changement sont peu puissants: projets-pilotes difficiles à financer, peu de stages cliniques novateurs, impact des départements universitaires de médecine sociale non encore perçu. Le changement, s'il est jugé nécessaire, doit être favorisé par un investissement important en ressources humaines.

4- LA FORMATION UNIVERSITAIRE EN SANTE

4.0 INTRODUCTION

Le système éducatif supérieur du Québec a jusqu'ici formé la plus grande partie des professionnels de la santé actuellement en pratique, à l'exception des professionnels des groupes dits "en émergence". Un ensemble complexe de pressions sociales , de relations avec les corporations professionnelles, d'initiatives brillantes et de transpositions d'expériences réussies ailleurs, a incité l'université à participer à l'évolution du milieu de santé, surtout au plan scientifique et beaucoup moins au niveau de la distribution des soins. De fait, la population devait accepter les services offerts par des professionnels qui choisissaient leur champ de travail et leur lieu de pratique. L'absence de plan d'ensemble dans la formation des effectifs était un reflet traditionnel du manque de définition des objectifs du système de santé.

Ces constestations n'ont pas de relation avec la qualité de la formation dispensée à l'université, qualité souvent élevée compte tenu des ressources. Mais il est devenu assez évident qu'une telle absence de plan ne pouvait permettre d'atteindre les nouveaux objectifs tracés pour le Québec par les différentes études sur la santé et l'enseignement supérieur au Québec.

L'Opération Sciences de la Santé (OSS) tente d'établir un lien entre les politiques de santé du Québec et la formation universitaire des effectifs de santé pour enfin proposer aux institutions d'enseignement non seulement de participer à la poursuite de ces nouveaux objectifs mais aussi de promouvoir activement la qualité de la santé. Une meilleure synchronisation des programmes de formation et des objectifs de santé serait de nature à accélérer l'évolution des professions et la transformation du système de santé.

4.1 LES NOUVEAUX OBJECTIFS DU SYSTEME DE SANTE

Pour bien saisir l'évolution d'un milieu aussi multiple que le milieu de santé, il est utile de reprendre certains documents significatifs qui regroupent les réflexions d'experts se tournant vers l'avenir, d'examiner l'impact des législations et règlementations récentes et de résumer les principales politiques gouvernementales exprimées.

4.1.1 Les grands documents

Parmi les documents les plus significatifs, nous avons d'abord retenu le Rapport Castonguay-Nepveu qui constitue une analyse en profondeur de tous et chacun des rouages de notre système de distribution de services de santé. Les Rapports CEMOH, Boudreau et Bergeron traitent de problèmes plus spécifiques à la prévision de la main-d'oeuvre sanitaire. Par contre, les Rapports Bonneau, Lalonde et le Rapport no.22 du Conseil des Sciences du Canada proposent une vision élargie de la santé et certains moyens de la réaliser.

4.1.1.1 Rapport Castonguay-Nepveu

Un bilan attentif de la situation de notre système de santé a été dressé par la Commission d'enquête sur la Santé et le Bien-être social (Commission Castonguay-Nepveu) qui a produit une véritable charte de la santé

québécoise. Devenu ministre des Affaires sociales, M. Castonguay a traduit en politique et aussi en lois les points centraux de ce grand plan; à la toute fin de son mandat, il les exprimait de façon synthétique dans une allocution le 7 novembre 1973. (1)

- régime de santé cohérent et intégré dans le cadre d'une médecine globale et axée sur la personne;

- accessibilité à des soins continus aux plans géographique , financier et social;

- décentralisation de la gestion dans le contexte d'un système intégré, interdépendant et régionalisé;

- participation des intéressés, y compris les usagers, à l'identification et à la gestion des établissements;

- organisation du travail en équipes pour accentuer la distribution globale des soins;

- insistance sur l'importance des soins préventifs et la promotion de la santé;

Ce grand plan qui met l'accent autant sur la santé que sur la maladie, sur les soins ambulatoires autant que sur les soins hospitaliers, sur le préventif que sur le curatif est en voie de réalisation. Plusieurs étapes ont déjà été franchies, telles l'instauration de la Régie de l'assu-

---

(1) Castonguay, C. L'orientation des politiques de la santé au Québec et l'enseignement médical, La vie médicale au Canada Français, vol.3, p.p. 455 à 463, mai 1974.

rance-maladie du Québec, l'organisation régionale et la promulgation du Code des professions. Ces mesures permettent un fonctionnement plus cohérent mais elles n'ont pas encore modifié de façon significative les habitudes des professionnels de la santé; elles n'ont pas encore suscité un grand nombre d'initiatives orientées vers le travail en équipe et la promotion de la santé. Il existe un décalage marqué entre les possibilités offertes par les lois et la réalité quotidienne de la distribution des soins. Ce décalage ne semble pas en voie de correction rapide; l'impact des départements de médecine sociale et préventive, des cliniques communautaires de type CLSC, ne s'est pas encore fait sentir.

4.1.1.2 Rapport CEMOH (1)

D'autres études et rapports de comité ont jeté un éclairage plus précis sur certains aspects du système de santé, éclairage pouvant modifier les prévisions quantitatives et qualitatives des effectifs de santé formés à l'université. Le Rapport du Comité d'étude de la main-d'oeuvre hospitalière (CEMOH) a proposé une série de projections et de prévisions basées sur des hypothèses d'impact nul ou d'impact positif des recommandations de la Commission Castonguay.

Ce rapport se limite au domaine hospitalier, domaine qui est appelé à croître moins rapidement que le domaine ambulant dans les prochaines années. De plus,il est très bref sur les professionnels diplômés d'université. Une projection pour les années 1967-76 mentionne un accroissement de près de 20% pour les ergothérapeutes, les physiothérapeutes, les psychologues et les travailleurs sociaux en milieu hospitalier: ce sont là

---

(1) Rapport du Comité d'étude de la main-d'oeuvre hospitalière, La main-d'oeuvre hospitalière, Editeur officiel du Québec, 1973.

des projections optimistes, difficiles à interpréter en face de la baisse de la natalité et en dehors de l'impact de l'assurance-maladie.

4.1.1.3 Rapport Bergeron (1)

Le document de travail remis par le Comité Bergeron reconnait la nécessité d'intégrer la formation des effectifs de santé au système québécois d'enseignement à trois niveaux: le niveau secondaire pour les "auxiliaires", le niveau collégial pour les "techniciens" et le niveau universitaire pour les "professionnels". Un ensemble de quatre facteurs est proposé pour déterminer le niveau de formation nécessaire à l'accomplissement d'une tâche, à savoir:

- la nature de la tâche;
- le degré d'autonomie;
- les obligations envers la société et l'individu;
- le degré de participation à l'enseignement et à la recherche.

4.1.1.4 Rapport Boudreau (2)

Le rapport du Comité Boudreau sur les infirmières cliniciennes selon une perception du consensus canadien, opte en faveur d'une formation additionnelle spécifique des infirmières plutôt qu'en une "nouvelle" profession,

---

(1) Document de travail soumis par le Comité d'étude des professions auxiliaires de la santé, Ministère des Affaires sociales, mars 1971.

(2) Rapport du Comité sur les infirmières cliniciennes, avril 1972.

tel que préconisé aux Etats-Unis. Ce travail indique une voie intéressante pour rencontrer des besoins nouveaux en orientant la formation terminale de certains professionnels de la santé ou en recyclant certains professionnels en pratique à de nouvelles tâches. Cette approche facilite la mobilité verticale de professionnels ayant démontré compétence et intérêt et élargit le champ de pratique plutôt que d'encourager la formation de groupuscules cloisonnés.

4.1.1.5 Le Rapport Bonneau sur la politique de recherche en affaires sociales (1)

Ce document étudie le spectre de la recherche en santé au Québec et démontre assez bien:

- le lien entre la recherche et la qualité de la formation universitaire en santé;

- le faible effort de recherche opérationnelle et épidémiologique au Québec;

- le support financier indirect très important du ministère des Affaires sociales pour la recherche bio-médicale;

- la concentration (61 sur 113) des bourses de "scholar" et d'associés du Conseil de recherches médicales du Canada (CMRC) à McGill;

- la pauvreté évidente de la recherche dans le domaine social.

Le rapport propose quinze recommandations pour clarifier le financement québécois de la recherche en Affaires sociales, accentuer l'aspect social de la

(1) Pour une politique de recherche en Affaires sociales, Rapport du Comité de la recherche scientifique, Ministère des Affaires sociales, 1973.

recherche thématique, identifier les secteurs prioritaires et favoriser la recherche opérationnelle et épidémiologique. Il recommande la transformation du Conseil de la recherche médicale du Québec (CRMQ) en un Conseil de la recherche en santé (CRSQ), ce qui a été accompli au milieu de septembre 1974.

Au total, le rapport veut créer un nouvel équilibre entre la recherche bio-médicale fondamentale et clinique d'un côté et la recherche bio-sociale, opérationnelle et appliquée de l'autre.

4.1.1.6 Nouvelle perspective de la santé des Canadiens (Rapport Lalonde)(1)

Ce document, paru en avril 1974, propose un concept global du domaine de la santé capable d'orienter une stratégie d'action en vue d'améliorer le niveau de santé des Canadiens. Il y est clairement démontré que le niveau de santé dépend de plusieurs facteurs, y compris la qualité de la médecine. Il est également clair qu'un concept majeur sur les secteurs BIOLOGIE HUMAINE, ENVIRONNEMENT ET HABITUDES DE VIE est nécessaire pour améliorer la santé des Canadiens, l'effort des dernières années ayant poussé à son maximum le quatrième secteur, soit l'ORGANISATION DES SOINS DE SANTE.

Cette proposition s'appuie sur une analyse intelligente des causes de mortalité et de morbidité par groupe d'âge et de sexe où on se rend vite compte que les maladies de la civilisation (l'obésité, maladie coronarienne, athérosclérose, problèmes émotionnels, etc...) sont attribuables en partie à des habitudes de vie telles que la diète trop riche en gras, la sédentarité, le tabac, l'alcool et les drogues.

---

(1) Nouvelle perspective de la santé des Canadiens. Un document de travail, Marc Lalonde, Ministre de la Santé nationale et du Bien-être social, Gouvernement du Canada, Avril 1974.

Après avoir affirmé, à l'aide d'indices objectifs, que les Canadiens sont bien soignés, aussi bien ou mieux que les habitants des Etats-Unis, de l'Australie, du Royaume-Uni, du Danemark et de la Suède, le document fait ressortir plusieurs problèmes graves de notre système de santé, par exemple, l'augmentation des coûts, la maldistribution géographique et la rareté des soins dentaires. De plus, il fait ressortir l'incompatibilité de plusieurs objectifs de notre système et nous citons: le libre accès aux soins curatifs versus la lutte contre la hausse des coûts; la répartition inégale des spécialistes versus le libre choix de la spécialité; la rémunération à l'acte et la responsabilité légale versus la délégation des actes; l'accent sur la prévention et l'éducation sanitaire versus les investissements pour les soins curatifs. Ces problèmes et incompatibilités peuvent être examinés dans le nouveau cadre de référence du concept global de la santé pour entrevoir les solutions possibles.

De fait, le document conclut qu'il faut accorder une importance égale aux quatre secteurs et investir massivement dans les trois premiers qui sont sous-développés par rapport au secteur ORGANISATION DES SOINS. Plusieurs difficultés sont indiquées à différents paliers: a) le schéma d'organisation future ne découle pas immédiatement du concept global à cause des interrelations multiples des quatres secteurs, b) la délimitation des compétences fédérales et provinciales est délicate; c) la volonté des individus à modifier leurs habitudes est contrebalancée en partie par la dépendance créée par l'alcool, le tabac, la télévision; d) l'Etat s'interroge sur l'acceptabilité du marketing social nécessaire à influencer le comportement des Canadiens vis-à-vis de leur diète, de l'exercice, de l'alcool; e) enfin, à cause de la limitation des ressources financières, il est essentiel de maintenir le niveau actuel du système de soins en plaçant l'accent et les investissements dans les trois autres secteurs.

Pour terminer, le document propose cinq stratégies orientées sur la promotion de la santé, la règlementation pour diminuer les risques sanitaires, la recherche fondamentale et appliquée aux problèmes de santé, l'efficacité des soins pour équilibrer coût, accès et qualité et enfin l'établissement d'objectifs prioritaires. Le rapport Lalonde propose 74 moyens d'action dont plusieurs touchent le monde universitaire de la santé soit dans la formation des professionnels ou dans le domaine de la recherche.

4,1,1,7 Le Conseil des sciences du Canada et les services de santé (1)

Ce document remarquable s'appuie sur une vision élargie de la santé pour présenter une approche scientifique de l'organisation des services. Une réforme de l'infrastructure sanitaire commence par un consensus sur les cinq points suivants:

- élargissement du concept de santé en englobant les aspects physiques, psychiques et sociaux et s'étendant jusqu'au bien-être;
- accroissement des efforts de promotion de la santé et de prévention sans diminuer le financement de l'effort thérapeutique;
- amélioration de l'organisation et de la gestion des services de santé;
- participation des collectivités locales à la définition des besoins, à la planification et à la gestion des services;
- extension de la couverture des services assurés et amélioration de l'accès effectif.

Plusieurs recommandations ont une relation étroite avec la formation universitaire des professionnels de la santé.

---

(1) Conseil des Sciences du Canada, Les services de santé et la Science, Rapport no 22, octobre 1974.

Le document insiste sur la nécessité d'évaluer les programmes, de rechercher les indicateurs significatifs, de définir un dossier de santé transposable en données informatiques, de développer la télé-information et la télé-consultation, d'analyser plus scientifiquement l'équation coût/efficacité et de répartir plus efficacement les tâches entre les professionnels de formation différente.

On insiste sur l'utilisation maximale des progrès technologiques pour améliorer l'efficacité de la distribution des soins, pour rechercher et développer les méthodes de prévention et de promotion de la santé. Ces efforts de recherche en santé, en administration et en évaluation dépendent de la disponibilité d'un personnel professionnel formé aux méthodes rigoureuses de recherche, de développement et d'essais à grande échelle. L'augmentation proposée du support de la recherche en administration des soins tient compte de la rareté des chercheurs préparés dans ce domaine en étalant sur cinq ans la croissance du budget d'octrois: le financement possible à long terme attirera les chercheurs, assume-t-on, dans une carrière intéressante.

Ce rapport réaffirme les grandes orientations déjà annoncées dans plusieurs autres rapports en démontrant que la technologie est disponible et que seul un effort massif de recherche et de développement peut conduire à des choix éclairés dans l'établissement d'un système de santé axé sur la prévention et la promotion de la santé.

4,1,1,8 Les grands rapports: en résumé

En résumé, dans ces rapports, dans plusieurs documents publiés, lors de colloque et rencontres et dans plusieurs dossiers sous-sectoriels de l'OSS, on peut percevoir un accent très appuyé sur la santé de la population. Cet accent sur la santé peut se traduire par une approche communautaire, par le

rôle élargi de certaines professions et par le travail en équipe. Il tend à modifier la réalité actuelle qui est davantage centrée sur la maladie des individus, sur la place majeure accordée aux milieux hospitaliers et sur le cloisonnement professionnel et le travail en solo.

4,1,2 Les changements institutionnels

La réforme du système de santé a été initiée par le ministère des Affaires sociales sous l'autorité de M. Castonguay. Trois étapes importantes sont déjà franchies: l'instauration d'une régie d'état (RAMQ), la promulgation du chapitre 48 sur l'organisation du réseau de santé et la promulgation du Code des professions (loi 250 et suivantes).

4,1,2,1 L'instauration de la Régie de l'assurance-maladie du Québec(RAMQ)

Un des objectifs de l'assurance-maladie est d'éliminer la barrière financière à l'accessibilité aux soins: cet objectif a été atteint pour tous les citoyens dans le domaine des soins médicaux et des soins diagnostiques en optométrie, et pour certaines catégories de citoyens dans le domaine des médicaments et des soins dentaires. Selon le cinquième rapport annuel[1] 1973/74 de la Régie de l'assurance-maladie du Québec, la satisfaction des bénéficiaires est très bonne (97%), celle des professionnels plutôt bonne (74%).

Concomittamment avec l'instauration de ce régime universel public, et en particulier du mode de rémunération à l'acte, plusieurs effets secondaires, indirects et souvent imprévus sur la formation universitaire sont apparus:

---

(1) Régie de l'Assurance-maladie du Québec (RAMQ), Rapport annuel 1973-74 page 27.

- une augmentation du choix de la pratique générale chez les diplômés en médecine;

- une amélioration progressive de la distribution géographique des médecins dans les régions de Montréal (06) et de Québec (03) en 1972;

- une quantité importante de données, représentant un potentiel pour établir un profil des modes de pratique;

- une nette diminution des candidatures aux bourses de recherche chez les diplômés en médecine, mettant en danger l'avenir de la recherche médicale au Québec;

- bien que dans certains établissements universitaires, l'instauration de la RAMQ ait favorisé indirectement le recrutement professoral et la recherche, une moindre participation des professionnels à l'enseignement universitaire a été observée à cause de l'attraction financière de la rémunération à l'acte;

- un recrutement difficile des professionnels pour les postes à rémunération fixe (CLSC, santé mentale, enseignement) à cause de la différence de niveau avec la rémunération à l'acte;

- un fonctionnement difficile des équipes de soins lorsqu'un des professionnels est rémunéré à l'acte et que les autres sont des salariés.

De fait, ce ne sont pas les objectifs ou l'administration de la RAMQ qui sont en cause mais plutôt le mode unique de rémunération à l'acte qui crée une attraction importante vers la pratique professionnelle selon la capacité des producteurs de soins à offrir leurs services. Ce mode unique de rémunération tend à définir toute la pratique professionnelle en des termes d'actes posés, en négligeant les activités qui peuvent améliorer la qualité comme la recherche, la recherche opérationnelle et épidémiologique, la réflexion sur l'expérience accumulée et l'innovation.

Il y a danger de voir se détériorer les milieux de formation clinique si d'autres mesures ne viennent pas corriger cet état de chose. Il est impérieux que le ministère des Affaires sociales et la Régie de l'Assurance-maladie du Québec (RAMQ), possiblement en s'appuyant sur les ressources universitaires, s'intéressant à la promotion de la qualité des soins, vérifient le rendement réel du système et mesurent l'impact d'un programme aussi coûteux sur la qualité de la santé de la population. C'est la responsabilité du gouvernement de prévoir l'évolution d'un tel système, de fournir les moyens aux professionnels de la santé pour promouvoir la qualité par la recherche et l'éducation et d'investir dans le futur de la santé une juste proportion des fonds par rapport aux services rémunérés à l'acte.

4,1,2,2 La loi sur les services de santé et les services sociaux (C.48)

La réforme annoncée dans le Rapport Castonguay-Nepveu a été en partie transcrite dans la réalité par le chapitre 48. Cette loi regroupe dans un réseau fonctionnel tous les établissements distribuant des soins et des services sociaux et elle actualise la régionalisation en créant des Conseils régionaux de la santé et des services sociaux (CRSSS) dont les fonctions sont définies à l'article 16:

- susciter la participation de la population à la définition des besoins, à l'administration et au fonctionnement des établissements de santé;

- assurer des communications soutenues entre le public, le ministère et les établissements;

- recevoir les plaintes des usagers;

- conseiller et assister les établissements dans l'élaboration de leur programmes de développement;

- promouvoir la mise en place de services communs, l'échange et la répartition des services dans la région;

- adresser annuellement des recommandations au ministre.

Le chapitre 48 met l'accent sur les soins ambulants en définissant les Centres locaux de services communautaires (CLSC) et elle régit les centres hospitaliers et les centres d'accueil de même que l'organisation administrative et professionnelle de ces centres. Un lien entre le monde de l'éducation et le système de distribution des soins est assuré par la présence de deux membres des universités et un représentant des Cegeps au Conseil régional de la santé et des services sociaux (CRSSS) de leur région et d'un membre désigné par l'Université au Conseil d'administration de chaque centre hospitalier affilié. De plus, la loi prévoit des contrats d'affiliation entre les institutions d'enseignement et les établissements de santé.

Les règlements en vertu de la loi 48 déterminent les détails de fonctionnement du réseau de santé et ajoutent quelques points spécifiques comme la consultation de l'institution d'enseignement avant la nomination d'un chef de département clinique, et la formation d'un comité d'enseignement pour les établissements avec contrat d'affiliation avec une université ou un CEGEP.

Les contrats-types entre les universités et les centres hospitaliers sont maintenant établis et des négociations sont en cours pour chiffrer les coûts des programmes de formation pratique: c'est le premier effort organisé pour séparer dans le concret les aspects "soin" et "enseignement" des stages cliniques.

En décembre 1974, un projet de loi modifiant le chapitre 48 a été adopté par la Législature: ce projet, indique que la nomination des chefs de services dans les hôpitaux affiliés aux universités sera faite "conformément aux termes du contrat d'affiliation" (art. 14). De plus, la candidature et le renouvellement de statut des médecins et dentistes est décidée par l'établissement affilié et par l'université selon les termes du contrat.

4.1.2.3 Le Code des professions

Le Code des professions et les lois connexes déterminent que le rôle principal des ordres professionnels est de protéger le public. A plusieurs reprises, le Code des professions mentionne l'obligation faite à la corporation professionnelle de veiller au maintien et à l'amélioration de la compétence professionnelle (art. 84j) et à la détermination des modalités des stages de formation professionnelle (art. 92h). Par ailleurs, le Lieutenant-Gouverneur en Conseil, après consultation de l'Office des professions, du Conseil des universités, des établissements d'enseignement et la corporation intéressés, peut fixer les modalités de la collaboration entre la corporation et les établissements dans l'élaboration d'un programme d'étude (art. 178b).

Le Code indique clairement que la responsabilité de la formation continue relève de chacune des corporations professionnelles; cette dispostion du Code peut avoir un effet très important sur le personnel enseignant des écoles universitaires de santé si les corporations vont y puiser les ressources professorales. L'ampleur des programmes, le type de collaboration corporation/université, l'approche pédagogique et le financement sont des questions spécifiques que l'OSS a posées aux corporations professionnelles intéressées à la santé. Plusieurs modes de fonctionnement sont possibles, allant de programmes entièrement organisés par la corporation jusqu'à confier totalement des programmes aux universités.

Jusqu'à ce jour, les corporations professionnelles du secteur santé n'ont pas décidé si ces programmes seront offerts à tous les membres, s'il seront obligatoires ou facultatifs et si le recyclage sera individualisé selon l'évaluation de la compétence. Les requis en professeurs et les coûts peuvent varier énormément selon qu'il s'agira de séances d'information, de tournées en milieu de travail, de stages dans les centres d'enseignement ou de cours par correspondance, de vidéo-cassettes ou de consultation en circuit fermé.

Le problème est encore trop récent pour qu'on puisse déceler comment les corporations l'aborderont. Du côté des universités, les concepts opérationnels nécessaires pour entreprendre le virage vers la formation permanente n'ont pas encore été développés.

Le Code des professions accentue la difficulté de former des équipes de soins avec responsabilité partagée: le cloisonnement des champs professionnels a imposé un temps d'arrêt qui devra être levé par des initiatives probantes démontrant les avantages de la délégation des actes.

Au total, le Code des professions réintroduit une occasion nouvelle de discuter les relations entre les corporations et les universités (et aussi entre les différentes corporations du domaine de la santé) à propos des programmes d'étude, de la formation continue et de la formation des équipes de soins.

4.1.3 Les politiques du ministère des Affaires sociales

Le ministère des Affaires sociales a tenté par différentes mesures de constituer un véritable réseau régionalisé de santé en s'appuyant sur le réseau hospitalier déjà existant: cependant pour garantir l'accessibilité et la

continuité des soins, le ministère des Affaires sociales a mis un fort accent sur les soins ambulants, les consultations externes, l'urgence et les centres locaux de services communautaires. On procède à l'installation de départements de santé communautaire dans 31 centres hospitaliers et le ministère des Affaires sociales collabore de près avec les départements universitaires de médecine sociale et préventive.

Le ministère des Affaires sociales a regroupé le personnel des unités sanitaires dans les départements de santé communautaire des centres hospitaliers et a relié au réseau "santé" les infirmières travaillant en milieu scolaire. L'organisation d'un système de soins à domicile et la réadaptation en milieu extra-hospitalier constituent d'autres mesures visant à diminuer l'hospitalisation et assurer la continuité des soins.

Parmi les priorités du ministère des Affaires sociales, on retrouve souvent l'éducation sanitaire et la prévention. Cette politique est appliquée d'abord en santé maternelle et infantile. Ce vaste champ de la prévention est encore inoccupé. Selon le document "Orientations générales en santé communautaire" d'octobre 1973 du ministère des Affaires sociales, les centres locaux de services communautaires, en collaboration avec les départements de santé communautaire, sont appelés à multiplier les interventions de prévention en milieu familial, scolaire et industriel.

Les différents professionnels devront être mieux préparés à la prévention au cours de leur formation pratique universitaire pour actualiser les politiques du ministère des Affaires sociales: les infirmières, les diététistes, les dentistes et hygiénistes dentaires, les spécialistes de l'activité physique, les médecins et les psychologues devront intensifier leur action de dépistage et d'éducation auprès de la population scolaire d'abord et de la population en général.

Le ministère des Affaires sociales qui établit les politiques de santé, est aussi l'employeur principal au niveau du reseau. Ses efforts pour limiter les coûts en sante pourront permettre la mise en place du personnel professionnel nécessaire à réaliser le volet préventif de la politique. Il faut se rendre compte que la mise en place de l'infrastructure du système, l'instauration de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) et le Code des professions n'ont pas concouru autant que désiré à la réalisation du plan.

Dans un premier temps, ces mesures ont accentué la priorité de fait des soins curatifs aigus en milieu hospitalier et retardé l'évolution vers le travail en équipe, la santé communautaire et le soin continu. La qualite de la santé au Québec sera relié pour une bonne part aux mesures préventives que le ministère des Affaires sociales pourra rendre opérationnelles.

Pour les éducateurs et les administrateurs universitaires, la question principale est d'obtenir du ministère des Affaires sociales une information solide et des projections realistes du nombre et du type de services professionnels supplémentaires à pourvoir dans les cinq années à venir.

La conjoncture économique est trop incertaine pour que le ministère des Affaires sociales qui contrôle le marché de l'emploi en santé, puisse annoncer longtemps à l'avance les postes à ouvrir dans le réseau. Cette difficulte de prévoir le marché de l'emploi rend impossible une planification mathématique des admissions dans les programmes universitaires et rend utopique l'initiation de nouveaux programmes conduisant à des professions nouvelles, à moins d'obtenir une assurance que le marché de l'emploi existera. Un exemple éloquent en voie de réalisation est celui des hygiénistes dentaires. Le ministère des Affaires sociales est à mettre en place les cliniques nécessaires à leur formation pratique en pleine collaboration avec les CEGEP et les établissements de sante concernes.

4.2 LES OBJECTIFS DU SYSTEME EDUCATIF

Les changements récents dans le monde de la santé ont été précédés dans le temps par des changements profonds du système éducatif québécois à la suite du Rapport Parent. L'impact de cette grande charte de l'éducation, quoique touchant d'abord les niveaux primaire, secondaire et collégial, a aussi été perçu au niveau universitaire.

Les conséquences les plus immédiates de la création du ministère de l'Education et du Conseil des universités furent le financement public accru des universités, l'ouverture de l'université à une population plus diversifiée et plus abondante et une certaine démocratisation des structures. Un cadre nouveau de fonctionnement des universités fut mis de l'avant par le ministère de l'Education et sa Direction générale de l'enseignement supérieur (DGES) et celui-ci a coincidé avec la formation des maîtres à l'université, l'arrivée des diplômés du CEGEP et la fondation de l'Université du Québec. Il devient plus évident que ce réseau d'institutions se doit de former les diplômes nécessaires au "bien du Québec".

Cette explosion éducative des années '60 s'est complétée en même temps qu'une transformation importante de la société québecoise et une baisse imprévue de la natalité. Ces phenomènes se sont traduits d'abord par une augmentation en flèche des clientèles universitaires puis d'un plateau relatif qui limite actuellement le rythme de croissance et le renouvellement du corps professoral.

4.2.1 Les grands documents

Quelques rapports tracent pour l'ensemble des facultés et écoles de santé du Québec des lignes de développement qu'il est pertinent de rappeler pour bien démontrer que l'opération Sciences de la Santé (OSS) s'insère dans ces perspectives.

4.2.1.1 Les objectifs généraux de l'enseignement supérieur(1)

Le Conseil des universités a amorcé une réflexion en profondeur sur la transformation des universités selon l'évolution de la société québécoise. Le Conseil propose un concept global de l'éducation permanente comme principe organisateur du système d'enseignement supérieur. Ce principe est dynamique et plein de défis; il répartit l'éducation sur toute la durée de la vie et rend possible le recyclage et la ré-orientation, la promotion sociale et le développement culturel pour tous.

Plusieurs recommandations visent à une ouverture plus grande de l'université:

RECOMMANDATION 7 (p.8)

a) QUE le gouvernement du Québec réaffirme le principe de l'accessibilité à l'enseignement supérieur pour tous ceux qui ont le désir et les capacités intellectuelles d'y accéder;

b) QUE dans les modalités de poursuite de cet objectif il soit tenu compte des disparités actuelles de scolarisation universitaire entre diverses catégories de population: population anglophone et population francophone, population masculine et population féminine, population des grandes concentrations urbaines et populations des zones périphériques, population de divers niveaux de revenus, etc....;

---

(1) Les objectifs généraux de l'enseignement supérieur et grandes orientations des établissements, Cahier 11, Objectifs généraux de l'enseignement supérieur, Conseil des universités du Québec, le 22 février 1973.

c) *QUE dans la poursuite de cet objectif, il soit tenu compte non seulement des aspirations des individus, mais aussi des ressources de la collectivité québécoise et de ses besoins dans des secteurs spécifiques.*

RECOMMANDATION 8 (p.9)

QUE soient diversifiées, compte tenu des exigences méthodologiques des disciplines et des champs d'étude, les formules d'organisation et d'accès à l'enseignement, par l'acceptation de modalités telles que:

la mise sur pied de programmes expérimentaux, caractérisés soit par une approche méthodologique particulière, soit par la délimitation d'un champ d'études original;

la classification des programmes en programmes provisoires (expérimentaux ou non) et programmes permanents, tous soumis, mais avec des cycles différents, à réévaluation périodique;

la prise en compte, dans un système rénové d'équivalences, des expériences pertinentes accumulées à l'extérieur des universités, par exemple dans le cadre de fonctions de travail spécifiques, ou à l'occasion d'une participation à des activités temporaires reliées au champ d'études choisis.

RECOMMANDATION 9 (p.10)

a) *QUE, dans la poursuite des objectifs de diversification et d'assouplissement des modes d'apprentissage et des structures d'enseignement, soient encouragées les collaborations interinstitutionnelles, du type de celles qui ont été récemment acceptées par les universités de la région de Montréal;*

b) *QUE, aux mêmes fins, soient menées par les universités, en collaboration avec le Comité des programmes (2), des expériences portant sur la diversification des types d'itinéraires suivis par les étudiants durant leur scolarité.*

RECOMMANDATION 12 (p.12)

a) *QUE les universités poursuivent la diversification de leurs enseignements, en fonction des exigences propres de leurs différentes clientèles, et en particulier des étudiants à temps partiel s'inscrivant pour rattrapage, recyclage ou perfectionnement, et poursuivant par ailleurs des activités professionnelles;*

b) *QUE, de toute façon, elles offrent à toutes les clientèles des services de qualité comparable, dispensée par le corps enseignant régulier;*

c) *QUE, dans la poursuite de cet objectif et, plus généralement, dans l'application complète du concept d'éducation permanente tel qu'entendu précédemment, les universités prévoient des phases de transition, eu égard à l'inégalité du stade de développement de l'éducation permanente selon les établissements ou les facultés, à la préparation inégale des corps professoraux vis-à-vis des exigences spécifiques des différentes clientèles, et à la diversité actuelle des structures d'encadrement de ce type d'activités;*

d) *QUE, avec la participation de tous les organismes intéressés, soient menées des expériences visant à diversifier les services offerts aux clientèles partiellement engagées dans des activités professionnelles, et qu'y soit envisagée la participation des sociétés industrielles et commerciales, de même que celle des corps intermédiaires.*

RECOMMANDATION 13 (p.14)

a) *QUE le financement de ce type d'enseignement soit étudié au cours de l'année 1975, et qu'il soit tenu compte des résultats de cette étude lors du calcul des subventions de fonctionnement 1974/75;*

b) *QUE soient envisagées à cette occasion l'opportunité d'abandonner pour les enseignements "non réguliers" le principe de l'autofinancement, de même que les conséquences diverses de cet abandon éventuel.*

RECOMMANDATION 17 (p.17)

a) *QUE les universités, matériellement aidées par le gouvernement du Québec, poursuivent leurs efforts en vue de l'accroissement du nombre des diplômés des deuxième et troisième cycles;*

b) *QUE la coordination de ces efforts soit favorisée par le Conseil lui-même, assisté de sa Commission de la recherche universitaire, et assurée par les politiques de financement établies par le ministère de l'Education en collaboration avec les organismes précédents et avec les universités;*

c) QUE les domaines prioritaires de formation des diplômes de deuxième et troisième cycles soient déterminés après consultation des instances chargées de l'élaboration des politiques scientifiques globales et des politiques sectorielles d'enseignement, de telle sorte que se réalise une meilleure adéquation entre l'offre et la demande des diplômés, et que s'établissent les relations les plus étroites possible entre programmes de recherche et programmes de formation.

La mise en place de ces recommandations dans les facultés et écoles de santé du Québec augmenterait de façon importante la tâche pédagogique du corps professoral et engagerait l'université à suivre de plus près les changements du milieu de santé. Cet objectif global de l'éducation permanente, allié à la responsabilité des corporations professionnelles d'organiser la formation continue de leurs membres, peut entraîner une augmentation de la clientèle en donnant un statut "régulier" aux programmes de maintien de la compétence professionnelle. La conquête de cette clientèle permanente peut rétablir la courbe de croissance de certaines universités et permettre le renouvellement nécessaire du corps professoral. Il est donc éminemment désirable que les universités et les corporations professionnelles en viennent à des ententes durables.

Toujours selon le Conseil des universités, la pédagogie de l'éducation permanente en santé devra tenir compte des trois contraintes suivantes:

- les requis de la corporation pour un programme national touchant annuellement de 20 à 40% des membres;
- les besoins très divers de la clientèle selon le caractère de leur pratique et la proximité de centres;
- les exigences du système de santé de modifier attitudes, comportements et habilités en plus d'augmenter les connaissances.

Une bonne partie des activités d'enseignement devront se situer loin du campus dans les différents milieux de santé, devront inclure des stages individualisés, des expériences au sein d'équipes pluridisciplinaires et des possibilités de réorientation de carrière. Le corps professoral aura à s'adapter à ce groupe d'étudiants dont les préoccupations, la psychologie et l'expérience antérieure diffèrent beaucoup de celle des étudiants du premier cycle qui ont de 18 à 24 ans.

4.2.1.2 Les orientations de l'enseignement supérieur

Le Conseil des universités, dans son Cahier 111 (1) sur les objectifs généraux, a tenté de prévoir l'évolution de l'enseignement supérieur jusqu'en 1980. Le Conseil y affirme que les "méthodes purement quantitatives (de planification) pouvaient avoir tendance à perpétuer les anomalies ou les faiblesses dy système et que les approches qualitatives favorisaient l'augmentation, plutôt que la diminution, des choix de futurs possibles". (2)
Le rapport souligne aussi le problème des établissements universitaires vis-à-vis des plans sectoriels préparés en séquence: une politique de développement requiert une certaine cohérence entre les orientations et les plans sectoriels. Le Conseil propose une rationalisation du développement dans le cadre d'un réseau afin d'assurer au Québec les effectifs nécessaires de formation universitaire.

Les recommandations du Conseil peuvent s'appliquer très bien au secteur santé et l'OSS tentera de suivre d'assez près les orientations dessinées, en indiquant clairement, au besoin les divergences ressortant des études effectuées. Il est prévu que le rapport de l'OSS, remis au ministre de l'Education, sera soumis au Conseil dans le but de garantir cette continuité.

---

(1) Objectifs généraux de l'enseignement supérieur et grandes orientations. Cahier 111 - Première et deuxième parties. Les orientations de l'enseignement supérieur dans les années '70. Conseil des Universités, Québec, le 23 février 1973.

(2) Objectifs généraux de l'enseignement supérieur et grandes orientations, Cahier 111, page 4.

Plusieurs mécanismes favorisant la rationalisation du développement universitaire sont proposés par le Conseil:

RECOMMANDATION 2.3 (p.26)

a) QUE le gouvernement du Québec continue d'exercer toute autorité en matière de développement et de financement de l'enseignement supérieur;

b) QUE, plus particulièrement, il ait seul autorité pour décider de l'utilisation des fonds mis par le gouvernement fédéral à la disposition de l'enseignement post-secondaire, après accord fiscal avec le gouvernement fédéral;

c) QUE l'intervention du gouvernement fédéral dans le financement de la recherche universitaire au Québec s'insère dans le cadre de politiques et de plans adoptés à la suite d'ententes particulières entre les deux gouvernements.

RECOMMANDATION 3.2 (p.38)

QUE le Comité des programmes, par référence aux recommandations du Conseil sur les orientations des universités, ou à celles consécutives aux plans sectoriels, s'assure de l'opportunité des modifications apportées par les universités à leur programmes, afin que ceux-ci soient conformes aux grandes lignes de développement du réseau universitaire, et aux priorités de développement de l'université.

RECOMMANDATION 3.3 (p.39)

QUE les universités, le Comité des programmes et les opérations sectorielles étudient conjointement le système de formation professionnelle, et proposent des critères permettant de la situer (ou de la resituer) au niveau le plus opportun, de même que d'en définir les caractéristiques, par rapport à celles des programmes fondamentaux, eu égard aux exigences de la discipline elle-même et aux objectifs des programmes de formation.

RECOMMANDATION 3.6 (p. 43)

a) QUE les universités aient la responsabilité immédiate de la formation post-collégiale de tous les professionnels, à tous les niveaux, y compris ce qui concerne les stages pratiques;

e) QUE soit abolie la possibilité pour toute corporation de diriger un établissement d'enseignement professionnel, quels qu'en soient le niveau et la nature;

f) QUE, en ce qui concerne la formation continue de caractère scientifique, corporations et universités s'entendent sur les programmes l'organisation de ceux-ci étant confiée aux universités;

h) QUE place soit faite dans les structures universitaires à des représentants de corporations professionnelles, particulièrement au sein des comités responsables de l'élaboration des programmes, et que, inversement, des membres de l'université puissent siéger au sein des bureaux des corporations, de l'Office des professions et du Conseil interprofessionnel;

k) QU'il ne soit pas autorisé à une corporation, par règlement, d'imposer à un candidat au permis des conditions de type académique se situant au-delà du diplôme de base normal, ou de son équivalent.

Afin de bien situer les étapes de planification, le Conseil tente de cerner les rôles des composantes du système d'enseignement supérieur en insistant sur l'autonomie des universitaires, l'interdépendance des composantes et l'intégration sous des mécanismes supra-universitaires. Ces rôles peuvent se résumer ainsi:

RECOMMANDATION 4.2 (p.55)

QUE le réseau des établissements universitaires et, plus généralement, l'ensemble du système d'enseignement supérieur, accorde à ses trois principales composantes les rôles suivants:

- *pour les universités:*
  - *initiative dans les programmes d'activité (enseignement, recherche, service à la société);*
  - *choix des moyens;*
  - *participation à l'élaboration des politiques et à la détermination des objectifs.*
- *pour le gouvernement:*
  - *détermination des objectifs;*
  - *détermination des politques;*
  - *fixation du niveau d'effort financier;*
  - *évaluation des résultats de l'administration universitaire;*

- *évaluation du degré de réalisation des objectifs.*

- *pour le Conseil des universités* : - *recommandation au ministère de l'Education sur les objectifs, les besoins et les problèmes de l'enseignement supérieur;*

- *poursuite d'études prospectives sur le développement de l'enseignement supérieur;*

- *analyse des propositions du ministère de l'Education et avis au ministre;*

- *participation directe ou indirecte aux études et réflexions menées par les éléments du système d'enseignement supérieur.*

Certains principes directeurs de fonctionnement du réseau universitaire peuvent avoir une signification importante pour le secteur santé:

RECOMMANDATION 5.2(p.61)

QUE le réseau des établissements offre l'éventail de services le plus large possible, tout en respectant les conditions suivantes:

a) respect d'une masse minimale de diplômés - masse variable selon la discipline ou le champ d'étude - afin d'assurer aux activités universitaires un niveau élevé de qualité;

b) concentration des activités et équipements en un seul endroit, lorsque nécessaire, particulièrement dans le cas des programmes à faible clientèle et à coût élevé.

RECOMMANDATION 5.4 (p.61)

QUE le développement des établissements ne soit ni favorisé, ni limité à priori, mais mesuré en fonction

. des besoins du milieu;
. de la situation de l'établissement dans le réseau
. de ses ressources et orientations actuelles;
. de l'intérêt que représente pour le Québec une certaine variété des formules universitaires.

A la suite de ces considérations s'appliquant aux universités québécoises, le Conseil trace ensuite les orientations, axes et priorités de chacun des établissements du réseau; propositions qui ne sont ni exhaustives ni définitives et qui seront mises à jour annuellement, au besoin. Evidemment, il ne sera tenu compte ici que des choix touchant le secteur santé, ces choix devant servir de fond aux propositions de développement sectoriel.

Pour l'Université Laval, le Conseil a recommandé les axes suivants du secteur santé:

- axe en alimentation;
- axe en sciences de la vie.

De plus, le Conseil signale un problème particulier, celui de l'opportunité de concentrer l'enseignement de la pharmacie en une seule université.

RECOMMANDATION 10.9 (p.139)

> *QUE, à l'occasion de son étude de l'ensemble du développement des sciences de la santé, l'Opération sciences de la santé (OSS) se penche sur l'opportunité de la concentration de l'enseignement de la pharmacie au Québec en une seule université.*

Enfin des priorités à court terme ont été annoncées par le Conseil et surtout le développement scientifique du secteur des sciences de la santé.

RECOMMANDATION 10.12a (p.142)

> *a) QUE, compte tenu des efforts de réorganisation interne qu'imposera la poursuite des tâches de regroupement et d'intégration, soient consentis à l'Université Laval les moyens lui permettant:*
>
> *1. l'amélioration des techniques pédagogiques;*
>
> *2. le développement scientifique du secteur des sciences de la santé dans son ensemble.*

Pour l'Université de Montréal, le Conseil a recommandé les axes suivants:

RECOMMANDATION 11.6 (p.150)

a) QUE soit reconnu à l'Université de Montréal un axe en sciences de la vie;

b) QUE l'Université procède à l'intégration des activités, organismes et ressources oeuvrant en fonction de cet axe, selon les modalités qui lui paraîtront le mieux adaptées à ses structures et traditions;

c) QUE, après analyse des besoins de la région montréalaise en ces domaines, analyse tenant compte particulièrement des besoins suscités par la réforme de services de santé, l'Opération sciences de la santé dise s'il convient de créer dans la région montréalaise un second foyer d'enseignement en sciences de la santé et s'il y a lieu d'envisager la réévaluation de certaines des activités de l'Université de Montréal en ce domaine.

Le Conseil suggère la proposition de projets précis dans le secteur modèle touchant l'organisation et l'intégration des équipes de santé.

RECOMMANDATION 11.18a (p.161)

a) QUE l'Université de Montréal propose pour chacun des deux secteurs modèles projetés: éducation permanente et organisation et intégration des équipes de santé, des projets précisant les intentions manifestées dans son dernier mémoire au Conseil des universités.

Enfin le Conseil indique, parmi les priorités, l'augmentation du nombre des étudiants admis en médecine à l'Université de Montréal.

RECOMMANDATION 11.19a (p.162)

a) QUE, pour la mise en oeuvre des orientations et axes reconnus dans les recommandations qui précèdent, l'Université de Montréal considère comme prioritaires les actions suivantes choisies par l'Université elle-même:

au niveau de l'enseignement:

5. l'accroissement du nombre des étudiants en médecine.

Pour l'Université de Sherbrooke, qui amorce un processus de planification à long terme, le Conseil recommande de présenter des propositions reliées à un axe éventuel en sicences de la vie (y compris les sciences de la santé).

Pour l'ensemble de l'Université du Québec, le Conseil ne formule pas de recommandations touchant directement le secteur santé.

Pour l'Université du Québec à Montréal (UQAM), le Conseil recommande une prise de considération des offres de services dans l'enseignement des sciences de la santé après analyse des recommandations de l'OSS par les ministères de l'Education et des Affaires sociales.

RECOMMANDATION 15.14)p.213)

> *QUE, dès que les ministères de l'Education et des Affaires sociales auront convenu de développements dans le domaine de l'enseignement des sciences de la santé, après analyse des recommandations de l'Opération sciences de la santé, les offres de services de l'Université du Québec à Montréal soient prises en considération.*

Pour l'Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR) le Conseil recommande:

RECOMMANDATION 15.17 (p.215)

a) *QUE soit accepté pour l'Université du Québec à Trois-Rivières le regroupement de certaines de ses activités en un "axe sciences de la santé, sports et récréation";*

b) *QUE, quant au développement d'activités nouvelles en sciences de la santé, en relation avec cet axe, toute décision soit subordonnée aux conclusions de l'Opération sciences de la santé, et aux décisions qu'elles inspireront aux ministères de l'Education et des Affaires sociales.*

RECOMMANDATION 15.19 (p.216)

> *QUE soit accepté pour l'Université du Québec à Trois-Rivières un axe en éducation et psychologie.*

Pour l'Université du Québec à Chicoutimi (UQAC), le Conseil recommande:

RECOMMANDATION 15.21 (p. 219)

> *QUE, dès que les ministères de l'Education et des Affaires sociales auront convenu de développements dans le domaine de l'enseignement des sciences de la santé, après analyse des recommandations de l'Opération sciences de la santé, les offres de services de l'Université du Québec à Chicoutimi soient prises en considération, tant pour la médecine clinique, que pour la médecine communautaire et les activités paramédicales.*

Pour l'Institut National de la Recherche Scientifique (INRS), le Conseil a recommandé que:

RECOMMANDATION 15.29 (p.228)

> *QUE l'axe "Sciences de la santé" ne soit accepté qu'après que le ministère des Affaires sociales et le ministère de l'Education, après avis de l'Opération sciences de la santé, auront déterminé la contribution de chaque université dans le domaine des sciences de la santé.*

Dans le cas de l'Institut de microbiologie et d'hygiène de Montréal (devenu depuis l'Institut Armand Frappier), le Conseil a recommandé le statu quo en attendant les recommandations de l'OSS sur "son rôle du sein du réseau québécois d'enseignement et de recherche en sciences de la santé".

RECOMMANDATION 15.33 (p.231)

> *a) QUE l'Institut de microbiologie et d'hygiène de Montréal poursuive la définition de ses axes et de ses orientations, compte tenu des travaux semblables qui se font d'ailleurs en sciences de la santé;*
>
> *b) QUE l'on n'autorise l'Institut à aucune réorientation ou transformation d'activités, avant que l'Opération sciences de la santé ne se soit prononcée sur son rôle au sein du réseau québécois d'enseignement et de recherche en sciences de la santé.*

Au chapitre des secteurs modèles, le Conseil demande à UQTR de préciser le sens et les limites de son projet dans les sciences para-médicales pour en faire un secteur modèle.

RECOMMANDATION 16.34d (p.232)

d) QUE l'Université du Québec à Trois-Rivières précise au Conseil, si elle le désire, le sens et les limites de son projet dans le domaine des sciences paramédicales et que, brièvement, elle dise comment elle désire l'orienter dans la perspective d'un secteur-modèle.

Pour l'Université McGill, le Conseil recommande que l'université précise des axes de spécialisation, y compris les sciences de la vie et que le choix définitif en soit fait après analyse.

RECOMMANDATION 17.2 (p.247)

a) QUE l'Université précise ses axes de spécialisation plus particulièrement autour des domaines suivants;

1. sciences pures,
2. sciences appliquées,
3. sciences de la vie
4. droit
5. "Humanities" et sciences sociales.

Ces recommandations du Conseil des universités touchant les orientations, les axes, les secteurs modèles et les priorités des différents établissements d'enseignement supérieur du Québec tendent à établir une toile de fond pour les années qui viennent. De plus, elles indiquent à l'OSS le besoin de s'attaquer à quelques problèmes spécifiques du secteur santé.

4.2.1.3 L'Université de la Santé

Dans un document publié par l'Organisation de coopération et de développement économique (OCDE), qui représente un élargissement de certains con-

cepts du Rapport Castonguay-Nepveu, le Professeur Pierre Cornilliot de l'Université de Paris-Bobigny a repris le concept "d'Université de santé" pour réunir dans un ensemble d'études, de recherche et de formation, les spécialistes d'origines diverses qui sont nécessaires pour la maîtrise du phénomène. Il propose un modèle à huit secteurs: source de financement, main-d'oeuvre, production, centres de production, industries dépendantes, centres de formation professionnelle, recherche clientèle. Il souligne le délai de dix ans entre la décision d'un nouveau programme de formation et l'arrivée des nouveaux spécialistes sur le marché et il voit l'université comme un lieu de confrontation des partenaires du système de santé. L'université transporte une contradiction interne parce qu'elle privilégie la réflexion objective qui rejette la situation existante et l'obligation de former des professionnels qui ont tendance à perpétuer la situation. De plus, les universités de type "campus" comportent un élément d'isolement et de ségrégation hors du milieu social. Pour parer à ces problèmes, le Professeur Cornillot propose des structures diversifiées pour une université thématique avec établissements de diffusion des connaissances de trois niveaux (correspondant assez bien à notre CEGEP, notre premier cycle et notre troisième cycle), des structures interdisciplinaires de recherche et des instituts spécialisés monodisciplinaires. Il répète que l'université thématique doit se définir une "politique d'objectifs" après une analyse de l'ensemble des problèmes, et, par conséquent, doit prendre en charge un secteur sanitaire géographiquement défini. Ce secteur, pour une université dont la faculté de médecine forme 100 médecins/an, doit correspondre à une population de 1,2 million, soit 250 médecins/100,000 habitants (ou 1 médecin par 400 habitants), la vie professionnelle utile étant de 30 ans. L'université n'assume pas le fonctionnement de toutes les structures, instituts et centres de formation technique mais elle doit coordonner leur action vers la poursuite des objectifs élaborés.

Cette définition de "l'Université de la santé", comme un ensemble intégré de toutes les ressources universitaires capables d'analyser, de comprendre

et de corriger le système en contrôlant les aspects formation, recherche et champ d'application semble un projet audacieux. Cependant il présente plusieurs avantages sur l'état actuel d'un ensemble d'écoles professionnelles, d'un effort de recherche variable et d'une interdisciplinarité universitaire parcellaire contrastant avec un reseau de distribution de services beaucoup plus integre, beaucoup plus plonge dans les problèmes. Il faut par ailleurs concéder la complexite organisationnelle d'une telle université thematique et apercevoir la série d'obstacles s'opposant à un tel mouvement.

Des regroupements moins majeurs sont en voie de réalisation à l'Université Laval et à l'Université de Montréal et qui pourraient representer des étapes préliminaires à une université de sante. Le véritable défi est encore davantage une meilleure interrelation entre les chercheurs et les problèmes, entre les éducateurs et les besoins ce formation, entre les professionnels et les besoins de la population.

4.2.2 Les politiques du ministère de l'Education

L'histoire des relations entre le ministère de l'Education et les universités du Québec a été marquée d'une évolution cahoteuse, reliée surtout au financement de l'enseignement superieur. Le désir d'autonomie des universités indépendantes et subventionnées, est en conflit permanent avec l'Etat subventionneur et contrôleur des budgets. Aussi longtemps que l'expansion physique et l'augmentation des clientèles ont duré, les problèmes ont été abordés selon la méthode historique et le financement fut assez abondant. Avec l'identification du niveau collégial, l'installation de l'Université du Québec et la croissance réduite des clientèles, la répartition des masses monétaires est devenue complexe et possiblement plus objective. La formation du Conseil des universités a rassemble les universités autour d'une table de discussion où les grands problèmes pouvaient être présentés en y ajoutant un element de préoccupation et de ponderation panquébécoise.

Dans le domaine de la santé, le ministère de l'Education souhaite être attentif aux études, demandes et avis du ministère des Affaires sociales à qui revient de définir les besoins du système de santé. En plus il devrait consulter les universités et les corporations professionnelles.

Certains problèmes généraux ayant leur contrepartie dans le domaine de la santé ont retenu l'attention du ministère de l'Education tels que l'accessibilité aux études universitaires, la mobilité verticale pour les diplômés du CEGEP professionnel, la formation des maîtres pour le niveau collégial et la formation et le statut des internes et résidents en médecine.

Plusieurs changements sont en devenir immédiat, comme les nouvelles formules de financement et les contrats d'affiliation entre les établissements de santé et les institutions universitaires.

Quelques questions sont à peine abordées à ce jour: les engagements conjoints de moniteurs cliniques dans tous les sous-secteurs, le financement de l'éducation permanente des professionnels en pratique, le contingentement des admissions dans certains programmes, et les bourses de formation pour les scientifiques s'intégrant au milieu de santé.

4.3 LES NOUVEAUX OBJECTIFS UNIVERSITAIRES

L'image de l'université comme centre de haut savoir isolé du milieu est en voie de transformation: une démocratisation partielle des structures avec participation des étudiants et des employés, une augmentation des activités de service, et des relations mieux établies avec les corporations professionnelles, marquent un début de participation à l'évolution du milieu. L'accumulation et la transmission des connaissances aux étudiants, et la conquête du savoir par la recherche sont des missions reconnues de l'université; les diplômés de l'université et la communauté universitaire participent à des titres divers au mouvement de la société. Mais la question est maintenant de savoir si l'université choisira, comme le font déjà plusieurs universitaires, de mettre au nombre de ses objectifs prioritaires la participation au changement de la société.

A cause de ses réserves en savoir et en savoir-faire, l'université peut s'attarder à prévoir l'avenir, proposer des solutions, et créer des modèles dans une optique "recherche et développement". Cette préoccupation de l'avenir doit se manifester dans les programmes de formation professionnelle, dans le contenu des cours et le choix des stages: l'étudiant en formation doit apercevoir les différents modèles de la pratique de demain. Cette même préoccupation de l'avenir peut entraîner l'université vers une mission élargie: la promotion de la qualité de la vie, dimension dynamique d'un thème universitaire de toujours, à savoir, la valeur de la personne humaine.

Ce nouvel objectif de promotion de la qualité de la vie est applicable à plusieurs programmes de formation, à des projets de recherche dans toutes les facultés et écoles de génie, d'architecture, d'éducation, de sciences biologiques, de nutrition, de sciences sociales, d'administration et de sciences de l'activité physique. Il dépasse les objectifs des écoles professionnelles trop aptes à reproduire des générations successives de diplômés identiques et perpétuant le système actuel. Il met l'accent sur la communauté, sur l'amélioration de l'environnement et sur la solution des problèmes de l'industrialisation et de la consommation.

Dans le domaine de la santé, l'objectif nouveau devient la promotion de la qualité de la santé, englobant le bien-être, la nutrition, la prévention et le milieu de vie. L'université, si elle accepte cet objectif doit inciter les facultés et écoles de santé à préparer les futurs professionnels, en plus de voir aux soins des malades, à la préoccupation de la qualité de la santé de la population toute entière: la santé à l'école, la santé au travail, une meilleure nutrition, une activité physique valable et une éducation sanitaire plus répandue. Un apport unique de l'université dans ce contexte est la formation pratique des professionnels de la santé au travail en équipe multidisciplinaire, au besoin par la création de milieux de formation qui feraient l'exploration et la démonstration de ce concept.

L'université peut participer à la promotion de la qualité de la santé par l'enseignement continu aux professionnels en pratique soit par des cours d'actualisation soit par des stages d'initiation à des modes nouveaux de fonctionnement. Cette activité doit se faire en étroite collaboration avec les corporations professionnelles qui peuvent juger de la compétence de leurs membres et des besoins de re-formation.

Un apport nécessaire des écoles des sciences de la santé à la qualité de la santé réside dans la mise au point de système d'évaluation pour tous les niveaux du réseau de santé tels que des normes d'évaluation de pratique professionnelle, une évaluation des projets-pilote et une évaluation de la santé des populations. Le développement de ces outils de décision remplirait un vide et améliorerait la qualité des produits des programmes valides.

4.4 L'OBJECTIF SANTE A L'UNIVERSITE

Dans le domaine de la santé, l'université peut exercer une influence déterminante d'une approche "maladie" vers une approche "santé" qui met l'accent sur les besoins de la population à la maison, à l'école et au travail. Par souci d'excellence, l'université avait jusqu'ici concentré professeurs et étudiants dans des stages hospitaliers surtout, et l'effort de recherche était davantage orienté vers la recherche bi-médicale fondamentale. Le prestige de l'université était attaché à des réalisations scientifiques assez éloignées du système de distribution de soins. Il faut cependant ajouter que dans de nombreux cas il fallait connaître les problèmes fondamentaux pour préparer la voie à la prévention.

Pour mieux accomplir sa mission de promotion de la qualité de la vie, l'université peut proposer différentes mesures comme l'extension des stages dans des milieux de formation de type communautaire et l'accroissement de la recherche opérationnelle. Elle peut également favoriser la démonstration d'équipes de soin et offrir des moyens pratiques de re-formation aux professionnels en pratique. De plus, les universités peuvent intéresser au regroupement "santé" les facultés et écoles de psychologie, de sciences de l'activité physique et de sciences de la nutrition. En autant que l'université est capable de voir l'avenir, elle peut modeler la formation des étudiants en créant les milieux de stages appropriés et ainsi s'impliquer de façon scientifique et réaliste dans la transformation du réseau de santé.

Au niveau des institutions et établissements du réseau, l'université est déjà présente auprès des Conseils régionaux de la santé et des services

sociaux (CRSSS), auprès des centres hospitaliers affiliés et auprès des comités conjoints avec les corporations professionnelles dans le domaine de la santé. A tous ces niveaux, l'université devrait promouvoir la qualité de la santé et orienter ses interventions en ce sens.

Sur le campus, l'université peut développer la préoccupation de la qualité de la santé en favorisant la convergence vers la santé des expertises diverses de ses professeurs et chercheurs. Ainsi, elle favorise la collaboration spontanée de chercheurs (tels que physiciens, ingénieurs de systèmes, informaticiens, écologistes, économistes), la création d'instituts pluridisciplinaires, l'ouverture de la banque de cours "santé" à tous les étudiants pour les cours optionnels et l'échange d'étudiants gradués complétant leur formation en milieu de santé. L'élargissement du concept santé à la nutrition, la psychologie, l'activité physique et l'environnement peut améliorer la formation des professionnels de la santé.

Cette mobilisation des ressources universitaires ne requiert pas de changement de structures; les modèles existants ou proposés à Laval (Direction des sciences de la santé, vice-recteur aux sciences de la santé) et à Montréal (Commission de coordination des sciences de la santé) peuvent accélérer le mouvement de promotion de la qualité de la santé.

L'implication de l'université dans la santé de la population de doit pas faire négliger les activités normales du campus, encore moins ralentir la recherche fondamentale. Mais la marche vers l'avenir est un rôle que l'université ne peut laisser à d'autres: le développement et la diffusion du

5. LES PROBLEMES GENERAUX ET LES SOLUTIONS D'ENSEMBLE

5.1 PROBLEMES ET SOLUTIONS GENERALES

La confrontation des lignes de force de la formation universitaire avec les problèmes spécifiques de différentes écoles professionnelles permet de déceler des problèmes communs et d'apercevoir des éléments de solution applicables à différents secteurs.

Désireux d'échapper au jeu trop fréquent où les structures remplacent les orientations nouvelles et les règlements tiennent trop souvent lieu de motivation, le Comité directeur de l'Opération Sciences de la Santé (OSS) a opté pour des solutions-idées qui incitent les universités à s'adapter et même à devancer le changement dans le domaine de la formation des professionnels de la santé. Il n'est pas question d'imposer systématiquement chacune des solutions à tous les secteurs et écoles, mais plutôt d'amorcer un virage partout où c'est possible et nécessaire de le faire. Il s'agit de proposer de nouvelles approches dans les facultés-clés afin de favoriser le modelage de l'activité professionnelle dans la direction de la promotion de la santé et de la qualité des soins.

L'innovation en santé peut être une démonstration de l'expression de la liberté universitaire et la réflexion d'évaluation sur des projets concrets peut avoir autant de valeur que l'enseignement théorique ou la recherche fondamen-

tale. Les solutions générales proposées concernent l'accessibilité à l'université, la pédagogie par objectifs et la création de nouveaux programmes supra-professionnels. Ces initiatives constituent autant de projets réalisables dans le cadre de l'université-campus. Enfin, ces solutions insistent et s'appuient sur le rôle social de l'université qui doit devenir un agent de changement dans les domaines de la distribution des soins (équipe de soins) et du maintien de la compétence professionnelle. Les solutions générales proposées impliquent également un engagement plus grand de l'université dans le monde professionnel de la santé et lui confèrent une mission de promotion de la santé.

Ces solutions générales, si elles sont appliquées par les universités, peuvent marquer un virage vers un élargissement du "concept santé" au-delà des frontières habituelles des écoles professionnelles et de la lutte contre la maladie. L'apport des universités peut être original et décisif pour la réalisation des grandes politiques annoncées dans les études québécoises et canadiennes. L'innovation et la recherche sont des activités souvent considérées comme universitaires; maintenant que l'infrastructure de la santé-maladie est bien établie, il est temps de passer à la construction de la santé-santé.

5.2 LA PROMOTION DE LA SANTÉ

5.2.1 Maladie ou santé

L'idéologie dominante en sciences de la santé a été d'abord orientée vers la lutte contre la maladie, ce qui a conduit au mode actuel de distribution des soins et à la création de la Régie de l'assurance-maladie (RAMQ). Dans un tel réseau, les usagers sont perçus comme des malades, les dépenses des centres hospitaliers curatifs constituent les trois quarts du budget du ministère des Affaires sociales, et la carte de la Régie de l'assurance-maladie donne droit aux consultations des spécialistes mais ne permet pas en même temps d'avoir accès à des équipements sportifs. Conformément à cette philosophie, on a construit des hôpitaux psychiatriques avant d'offrir des soins psychiatriques communautaires et on a multiplié les cliniques d'urgence avant d'ouvrir des consultations familiales. Tout cela ne favorise pas pour autant la promotion de la santé.

Après bien d'autres rapports, le Livre blanc du ministre Lalonde[1] propose une amélioration de la santé comme objectif premier du réseau de soins et engage tous les Canadiens à promouvoir leur propre santé et à prévenir les accidents et les maladies dues aux excès d'alcool, de tabac ou de calories. Une telle option pour la santé devrait se manifester dans la formation des futurs professionnels afin qu'ils deviennent des promoteurs de la santé des individus et des communautés.

---

(1) Voir au chapitre 4, la section 4.1.1.6 sur le Rapport Lalonde.

La promotion de la santé est un ensemble d'interventions visant à améliorer la qualité de la santé des individus et des populations: amélioration de la nutrition, lutte à l'obésité, meilleure forme par l'activité physique contrôlée, surveillance du milieu de travail, effort supplémentaire de sécurité routière, bien-être des gens âgés, voilà autant d'exemples de promotion de la santé. Ces efforts s'ajoutent à la prévention des maladies contagieuses et à la réadaptation post-cure qui sont des interventions plus proches du phénomène maladie.

5.2.2 La formation à la promotion de la santé

Dans chacun des curriculum des départements, écoles et facultés du secteur santé, le programme devra inclure des cours réguliers et des cours à option portant sur la dimension "santé" que ce soit en médecine dentaire, en sciences infirmières, en pharmacie ou en médecine. Cette dimension santé pourrait inclure, par exemple, des techniques de prévention des maladies prévalentes, l'éducation populaire, les examens et conseils de santé, la mesure des indices de santé des populations, la santé scolaire, la santé au travail et la santé des gens âgés.

Les stages cliniques dans des milieux favorables devraient initier chaque étudiant à la promotion de la santé chez les usagers ambulants et dans le milieu. De plus, la pratique des ordonnances de santé à l'intention de chaque usager devrait faire partie du répertoire de chaque futur praticien.

Des "travaux sur le terrain" devraient permettre aux étudiants de différents programmes de collaborer à des projets de promotion de santé, des campagnes de prévention, des inventaires de ressources et des interventions à la télé-communautaire.

Il est necessaire aux etudiants des sciences de la sante de "pratiquer" beaucoup la promotion de la santé pour contrebalancer l'attrait indéniable de la pratique traditionnelle curative en milieu hospitalier. Il est plus envoûtant de jouer à l'apprenti/sorcier qu'au conseiller, et la prévention de l'athérosclérose est une tâche plus longue et moins brillante que l'endartérectomie carotidienne.

Enfin, durant les années de formation à l'université, les autorités universitaires devraient prendre les moyens pour promouvoir la santé de chaque etudiant en améliorant davantage la nutrition sur le campus, en favorisant la pratique des activités physiques formatrices, en rendant chaque étudiant responsable de sa sante actuelle et future en l'informant des méfaits du tabac et de l'alcool, des dangers de la route et de l'importance de l'hygiène mentale et de la psychologie de masse.

5.2.3 La ré-orientation des praticiens

Un des secteurs de l'enseignement permanent qu'il serait bon de développer à l'intention de tous les praticiens serait celui de la promotion de la sante. Pour les dietetistes, les infirmières et les médecins surtout, on pourrait préparer un recyclage sur le maintien de la sante en milieu familial et scolaire, sur la prévention en milieu de travail, sur la physiologie des gens de 40 - 60 ans et sur les besoins des gens âgés.

Les conseils allant parfois jusqu'à recommander l'abstention de certains médicaments devraient faire partie de l'arsenal thérapeutique des pharmaciens, tout comme la promotion de l'hygiène dentaire pour la communauté toute entière devrait être une des préoccupations du dentiste.

Evidemment, des études épidémiologiques, la publication d'indices de santé dans les principales villes, les campagnes de détection de l'obésité, de l'hypertension et du diabète pourraient souligner l'inégalité ou l'inexistence des efforts de prévention et de promotion de la santé. Même les citoyens, usagers du système, devraient exiger plus de leurs professionnels ou réclamer plus de professionnels qui possèdent une expertise en promotion de la santé.

5.2.4 Recherche et développement

Il est à espérer que les universitaires, qui jusqu'ici ont mis l'accent sur la recherche et en particulier la recherche bio-médicale et la recherche clinique, et les autres chercheurs orienteront leurs efforts vers la mesure des indices de santé, l'évaluation de l'impact de nouvelles politiques et l'expérimentation des modes nouveaux de distribution de soins.

Le milieu universitaire peut aussi développer la pédagogie de l'éducation des masses et les techniques d'enseignement permanent adaptées à la promotion de la santé.

Enfin, le milieu universitaire est idéal pour susciter des collaborations interdépartementales et interfacultaires pour une approche multidisciplinaire des problèmes de prévention de la maladie ou de promotion de la santé. La nutrition, les sciences de l'activité physique, la psychologie représentent des secteurs impliqués dans l'aspect "santé" et qui pourraient fournir un apport unique dans la mise en place de démonstrations axées sur le mieux-être.

Il est bien clair que la promotion de la santé est une tâche intéressant tout l'université autant sur le campus que dans la communauté environnante.

5.2.5 Promotion de la santé et politique gouvernementale

Cette option vers la santé dans la formation des futurs professionnels devra être appuyée par une série de mesures que le gouvernement mettra en place pour inciter les praticiens, les usagers et les universitaires à s'engager dans cette voie.

Au ministère de l'Education, il faudra reconnaître le besoin d'un recrutement professoral nécessaire à réaliser les nouveaux cours et stages; il faudra prévoir des bourses de perfectionnement à l'étranger dans certains domaines où les ressources québécoises sont minimes; il faudra aider les groupes de recherche adoptant cette orientation. Sur un autre plan il faudra aussi faciliter l'accès au public des gymnases scolaires et augmenter les programmes de santé à l'école.

Au ministère des Affaires sociales, il faudra faciliter des stages dans des milieux extra-hospitaliers, encourager les projets de démonstration dans des secteurs devenus prioritaires et supporter la recherche en épidémiologie. Tout cela en plus de mettre en place des programmes de nutrition et de santé des travailleurs.

L'action la plus déterminante serait probablement d'intéresser la Régie de l'assurance-maladie du Québec (RAMQ) à rémunérer les actions "pour la santé" autant que les actes "contre la maladie". Des variantes dans le mode de rémunération comme la vacation ou le salariat seraient plus adaptées à des actions de type préventif et une proportion du budget de la Régie de l'assurance-maladie du Québec (RAMQ) devrait être réservée à cette fin.

Tous les ministères peuvent devenir des agents dans ce virage vers la santé: le ministère du Travail en insistant sur les conditions de travail mieux contrôlees, le ministère des Transports en augmentant les mesures de sécurité sur les routes, le ministère de l'Environnement en établissement des normes mieux adaptées sur les eaux, l'air et pour les industries.

Enfin, à l'instar de plusieurs grandes industries, le gouvernement comme employeur important, pourrait mettre en place un programme de promotion de la santé chez son propre personnel. Un service de santé bien organisé, des moniteurs en activité physique pour améliorer la forme physique des fonctionnaires, ne sont là que quelques exemples d'actions concrètes qui serviraient de modèle aux grandes industries.

5.2.6 Contraintes et priorités

La promotion de la santé ne videra pas pour autant les hôpitaux et ne donnera pas naissance à une nouvelle profession. L'activite principale du réseau de soins sera encore de traiter des malades et la Régie de l'assurance-maladie du Quebec (RAMQ) continuera à défrayer surtout le coût des actes curatifs et les programmes universitaires utiliseront encore les centres hospitaliers comme milieux de stages très valables.

Cependant le virage vers la sante doit commencer par l'education: education des professeurs, formation des étudiants, information des usagers, re-formation des praticiens. Les résultats de cette action commenceront à paraître dans une dizaine d'annees seulement et, même là, les resultats seront moins evidents que ceux des campagnes anti-tuberculeuses et anti-varioliques. Le maintien du statu quo n'est guère acceptable sur le plan qualité de la vie et sur le plan economique.

5.2.7 Recommandations

Considérant les rôles importants que doivent jouer les universités dans la promotion de la santé, il est recommandé:

5.2.7.1 que les universités modifient les objectifs des curricula dans les programmes de formation en sciences de la santé afin d'y inclure des cours et des stages orientés vers la promotion de la santé et qu'elles favorisent les recherches dans ce domaine.

Devant l'importance de constituer des centres d'expérimentation pour la promotion de la santé, il est recommandé:

5.2.7.2 que les universités et les gouvernements adoptent des mesures concrètes de promotion de la santé chez les membres de la communauté universitaire et les fonctionnaires.

En égard à l'ampleur des problèmes identifiés et à la diversité des paliers d'intervention, il est recommandé:

5.2.7.3 que les organismes gouvernementaux financent des activités de promotion de la santé individuelle et de masse dans le domaine de la santé et des affaires sociales, de l'éducation, du travail, des loisirs et des sports, de l'environnement, de l'industrie et des transports.

5.3 LE MECANISME DE CHANGEMENT

5.3.1 Le besoin d'innovation

La progression rapide du réseau de distribution de soins durant les dernières 20 annees, liée de très près au progrès scientifiques et technologiques, s'est surtout faite dans le sens de la construction et des équipements des centres hospitaliers. Celles-ci devraient cependant être planifiées avec soin de façon à ce que la qualite des services rendus soit améliores et que les coûts demeurent dans des limites acceptables. L'innovation au hasard est trop coûteuse pour être recevable; le statu quo est encore plus dispendieux et trop uniquement orienté vers le curatif.

L'essai controlé de nouveaux modes de distribution de soins peut être abordé de façon aussi scientifique que les projets de biologie moléculaire avec des techniques differentes mais une methodologie rigoureuse. Le financement "par projets" de la recherche a bien reussi depuis plus de 20 ans et est bien connu des universitaires et administrateurs. Ce type de financement a permis la creation d'équipes de chercheurs dans le milieu hospitalier et a accelére la disponibilité de techniques avancees pour le soin des malades. De façon similaire, un financement du même genre de "projet d'innovation en soins de santé" permettra la formation de groupes multidisciplinaires dans les milieux de sante aptes à analyser et canaliser les processus d'innovation.

La logistique du financement par projet comprend une demande d'octroi un arbitrage par les "pairs" universitaires, une décision par un comité, la gerance par une institution et un evaluation du travail accompli avant de renouveler l'octroi.

5.3.2 Les objectifs

Il est bien inutile de délimiter un concept comme l'innovation qui, en soi, va au-delà de l'actuel; mais l'innovation en santé, en relation avec la formation universitaire, est surtout centrée sur la mise en marche d'idées nouvelles concernant les modes de distribution de soin dans les milieux de santé hospitaliers et extra-hospitaliers.

Un consensus généralisé demande l'amélioration de notre système de soins, mais les priorités, les points d'impact, les modalités varient selon que l'on soit du ministère des Affaires sociales ou du ministère de l'Education, en recherche ou en soins infirmiers, technocrate ou consommateur, malade chronique ou accidenté du travail. La description des lacunes du système est souvent repetée, la proposition de solutions est moins fréquente, et la présentation de modèles fonctionnels et éprouvés est rare.

On se rallie de plus en plus à un objectif général de santé des populations en utilisant des moyens tels que l'équipe de santé, la délégation des tâches, l'approche globale du patient et l'accent sur la promotion de la santé.

L'Université peut contribuer énormement à atteindre ces objectifs généraux en preparant les futurs professionnels à ces nouvelles fonctions. Les professionnels recemment diplômes de l'université peuvent être un élément important du changement en santé s'ils sont préparés durant leur formation clinique à des tâches complémentaires à celles qui prévalent actuellement.

5.3.3 Les contraintes

Il est moins difficile d'enseigner des idées et de transmettre des connaissances que de changer des attitudes et des comportements dans la pratique quotidienne d'une profession. Il devient donc nécessaire d'organiser des milieux propices de formation et des cliniques où des concepts nouveaux de distribution de soins sont vécus et démontrés.

Les problèmes de mise en place de tels milieux sont enormes car les établissements de santé du réseau du ministère des Affaires sociales sont le plus souvent en dehors du giron universitaire et sont confrontés avec un budget global qui laisse peu de place aux tentatives innovatrices. Il devient trop risque de mobiliser du personnel, des espaces et des étudiants pour réaliser le projet d'un professeur qui remet en question une partie d'un système qui irait déjà très bien. En dehors du milieu hospitalier, les administrations, moins puissantes, ne peuvent pour les mêmes raisons, financer des projets jugés intéressants.

Les éducateurs, qui éprouvent déjà de nombreuses difficultés pour organiser des stages pour un nombre sans cesse croissant d'étudiants n'auront pas tendance à diversifier les stages cliniques et à expérimenter des formules différentes possiblement moins valables. Par surcroît, entrevoir une collaboration avec d'autres écoles ou facultés pour l'organisation d'équipe de soins devient, dans les circonstances décrites, de la haute voltige.

Les étudiants qu'on croirait volontiers innovateurs sont encore attirés par les "bons" stages qui ont fait leur preuve et ne désirent pas qu'on engage une forte proportion de leur formation clinique dans un projet nouveau.

Les corporations professionnelles, jalouses des prérogatives récemment accordées par le Code des professions, regardent d'un oeil critique, et souvent selon une vue légaliste qui peut être paralysante, les projets d'équipe de santé comportant des rôles nouveaux et des délégations d'actes professionnels.

5.3.4 Le mecanisme de financement des projets de recherche en innovation

Le ministère de l'Education et le ministère des Affaires sociales devraient établir une politique de subventions pour faciliter la conception et l'essai de nouveaux modes de distribution de soins, avec, en plus, une perspective de formation du personnel professionnel de santé. Les priorités et les champs de développement pourraient être indiques par les organismes pourvoyeurs.

L'administration des subventions pourrait être confiee à un organisme de recherche et de développement tel que le Conseil de recherche en santé du Quebec (CRSQ).

Les fonds viendraient des budgets ministériels, de la Regie de l'assurance-maladie du Quebec (RAMQ), des organismes pourvoyeurs de fonds publics ou prives.

Les conditions générales des subventions seraient analogues à celles qui régissent actuellement les subventions dans les autres domaines de la recherche:

- demande formelle d'octroi avec une description du projet, personnel, budget et évaluation proposée par un professeur d'une école de santé, appuyé par une institution de sante.

- jugement de la valeur des projets par un comité de pairs et de representants du ministère des Affaires sociales.

- attribution des octrois par le Conseil, selon des critères et priorités bien etablis et connus.

- rapport intérimaire annuel afin d'apprecier l'évolution du projet.
- durée de deux à quatre ans première évaluation après un an.
- salaires selon les conventions collectives et politiques de l'institution recevant l'octroi.

Les conditions spécifiques à ce type de demande de subventions pourraient être les suivantes:

- projet comportant un objectif de demonstration d'un mode différent de distribution de soins.
- regroupement de plusieurs membres de professions différentes, comme par exemple:
  - infirmières cliniciennes, médecins travailleurs sociaux dans une equipe de santé communautaire;
  - infirmières cliniciennes, optometristes et ophtalmologistes dans un groupe sur la vision à l'usine;
  - pharmaciens et infirmières dans un centre d'accueil;
  - physiotherapeutes, médecins, travailleurs sociaux dans un centre de readaptation;
  - dentistes, infirmières scolaires dans un CLSC.

- participation d'etudiants en stage final de formation et provenant de disciplines différentes.
- évaluation après un an, des progrès effectues, du type d'innovation, de la participation multiprofessionelle et de la presence actuelle ou à venir d'etudiants.
- évaluation du projet après deux ans sur la valeur demonstrative, l'aspect economique et la qualite du service rendu.

Si le projet est valable, il pourrait être intégré au fonctionnement régulier de l'institution, être implanté ailleurs avec adaption et servir de démonstration pour l'initiation de nouveaux groupes ou même devenir un endroit de stages pour l'enseignement permanent.

5.3.5 Les avantages

a) Il permet la mise en marche d'innovations dans le domaine de la distribution des soins sans engager les administrations institutionnelles mais plutôt les chercheurs eux-mêmes.

b) Les projets sont budgetés en sus du budget global d'opération.

c) C'est un mécanisme déjà bien connu des administrations universitaires et hospitalières.

d) Il est applicable dans tous les milieux de santé.

e) Il peut servir à initier des étudiants en fin de formation à des modes nouveaux de pratique professionnelle.

f) Les projets dits "de démonstration" jouissent d'une tolérance légale de la part des ordres et corporations professionnelles, tolérance qui invite à la délégation d'actes.

g) La comparaison de projets dans un même secteur peut permettre de choisir un modèle définitif plus rapidement et plus sûrement.

h) La compétition annuelle permet de choisir des projets dans des domaines différents selon les besoins les plus urgents des milieux de santé et des milieux universitaires.

i) L'accumulation des projets de démonstration peut améliorer le choix des stages de formation et contribuer à une transformation graduelle du milieu de santé.

j) Le succès d'un projet, ou d'un groupe de projets apparentés, peut inspirer des politiques ministérielles, comme un insuccès peut induire à la prudence avant la publication de directives.

5.3.6 Les conséquences

Ce mécanisme se situerait à l'interface le plus délicat du spectre des responsabilités Santé-Education et transposerait dans le domaine concret de la transformation du milieu de santé, les avantages du système de financement qui a fait avancer les sciences bio-médicales depuis 20 ans.

Inciter les professeurs et les étudiants à réaliser des idées nouvelles donnerait une dimension d'actualité aux grandes politiques du Rapport Castonguay-Nepveu et placerait dans une perspective plus réelle les nombreux rapports, discours et exhortations souvent répétés par les officiels ministériels pour une évolution des professionnels de la santé vers le travail en équipe. Les etudiants, en vivant des expériences différentes, seraient mieux en mesure d'établir leur mode pratique selon un choix de modèles plus vaste. Les professionnels déjà en pratique seraient capables de visualiser des concepts rendus vivants et pourraient les adapter aux besoins de leurs institutions ou de leur région.

Le contenu des projets serait soumis par des universitaires mais les organismes pourvoyeurs pourraient orienter l'attribution des fonds selon des priorités annuelles sans pour cela avoir à changer les politiques établies.

Le chemin à parcourir et le temps écoulé entre la perception d'un besoin, la mise en forme d'un projet, son acceptation et sa mise en marche seraient net-

tement raccourcis et n'entraîneraient pas de choix définitifs par les ministères ou les institutions; car ces projets seraient des essais qui demeurent sous la responsabilité du chercheur. Les succès pourraient être mis en valeur et les échecs pourraient être tout aussi bien être arrêtés rapidement.

5.3.7 Recommandations

Afin de permettre l'émergence et l'implantation de mécanismes de changement en santé, il est recommandé:

5.3.7.1 que les ministères des Affaires sociales et de l'Education élaborent une politique de subvention à caractère compétitif en vue de favoriser l'expérimentation de nouvelles approches en santé, afin de créer des milieux universitaires de formation pratique à la fois diversifiés et innovateurs.

En vue de mieux réaliser les projets d'innovation, il est recommandé:

5.3.7.2 que soit reconnue une priorité à l'enseignement et à la recherche dans certains milieux de santé (centre hospitaliers, CLSC) sous une autorité universitaire avec un financement spécifique provenant du ministère de l'Education.

5.4 L'ARTICULATION CEGEP PROFESSIONNEL-UNIVERSITE

5.4.1 Introduction

L'enseignement professionnel au CEGEP est terminal et conduit au marché du travail. Théoriquement le problème de l'admission à l'université ne devrait pas se poser pour ces diplômés. Cependant la "promotion verticale" motive plusieurs techniciens à entreprendre des études universitaires dans le cadre de certificats ou de baccalaureats.

Les structures d'accueil en sciences de la santé à l'université sont conçues pour les diplômés du CEGEP général et représentent pour les diplômés du CEGEP professionnel une barrière équivalente à près de deux sessions à compléter, c'est-à-dire une quatrième année au CEGEP.

Le double objectif de l'instauration des CEGEP était d'ouvrir la voie universitaire à l'enseignement public et d'ameliorer la qualité de la formation technique en juxtaposant les secteurs professionnel et général dans une même institution. Mais de fait, on recréait un cul-de-sac pour l'enseignement professionnel aussi étanche que l'ancien cul-de-sac de l'enseignement public.

La situation actuelle concernant l'admission des CEGEPiens à l'université sera résumée et ensuite on établira la problematique afin de dégager par la suite quelques éléments de solution.

5.4.2 La situation actuelle

5.4.2.1 Les structures d'accueil

Les structures d'accueil des universités du Québec, en science de la santé, comportent le DEC général et une concentration "scientifique" de 12 cours clairement définis:

Chimie:	101,201,202,302
Mathématiques:	101,103,203
Physique:	102,202,302
Biologie:	921,931, ou 301,401

Le total de 28 cours est atteint avec les 4 cours complémentaires en dehors de la concentration et les 12 cours communs en langue maternelle (4) en philoscphie ou l'équivalent (4) et en éducation physique (4).

Cette structure d'accueil (voir les tableaux 1 et 2) permet d'accéder à tous les programmes en sciences de la santé et est, de fait, exigée intégralement par la majorité des programmes (médecine, pharmacie, optométrie, médecine dentaire à Montréal et Laval, sciences infirmières à Montréal, McGill et Laval, diététique à Montréal et Laval). Il existe cependant quelques exceptions:

a) Pour la médecine dentaire à McGill, on requiert des "full courses" de deux trimestres en chimie inorganique, chimie organique, mathématiques, physique et biologie.

b) En sciences infirmières à l'UQTR, on accepte les infirmières en exercice depuis trois ans alors qu'à Laval on accepte les infirmières qui ont complété huit cours du CEGEP (mathématiques 101,103; physique 102, 202; et chimie 101,201,301 (ou 202) et 302); enfin une connaissance suffisante du français ou un cours de recyclage au CEGEP est exigé.

TABLEAU 1

STRUCTURES D'ACCUEIL POUR LES PROGRAMMES DE PREMIER CYCLE UNIVERSITAIRE

Programmes	Universités					
	Laval	McGill	Montréal	Sherbrooke	UQAM	UQTR
Ergothérapie	1.2[1] a-d[2]	1.4 a-b-c-e	1.5 a-d			
Diététique	1.2 d	1.4-2.3 c	1.1[3] a-d			
Médecine	1.2 a-d	1.1* a-c	1.1 a-d	1.1 a-c-d		
Médecine dentaire	1.2 a-d	1.3 a-b-c	1.1 a-b-c-d			
Optométrie			1.1 a-c-d			
Orthophonie et audiologie			1.5 a-c-d			
Pharmacie	1.2 d		1.1 c-d			
Physiothérapie	1.2 a-d	1.4 d-c-e	1.5 a-d			
Sciences infirmières	1.2 a	1.1 a-c	1.1 a-c-d			0.1
Service social	7.1 a-b-c-d	00 c-d	3.18	7.2 c-d	3,18 a-b-d	

1. Voir tableau 2

2. a: Entrevues
   b: Tests d'admission, autres que les tests d'aptitudes aux études universitaires (T.A.E.U.)
   c: Connaissance de l'anglais
   d: Connaissance du français
   e: Avoir une bonne santé

3. D'après le Document de travail, dossier # 4 de l'O.S.S.

* Voir Partie 2, section 6.5.2.3.

TABLEAU 2

STRUCTURES D'ACCUEIL SELON LES DIVERS PROGRAMMES DU TABLEAU I

Structures d'accueil	Cours requis, en plus du D.E.C.			
	Chimie	Mathématiques	Physique	Biologie
00	-	-	-	-
0.1[1]				
1.1	101,201, 202,302	101,103,203	102,202,302	921,931
1.2	101,201 202,302	101,103,203	102,202,302 ou 101,201, 301	921,931 ou 301,401
1.3	2 "full courses"	1 "full course"	1 "full course"	1 "full course"
1.4	101,201	103, 203	101,201,301 ou 102, 202, 302	301 ou 921
1.5	101,201 202	101,103,203	102,202,302	921,931 ou 301,401
2.3	101,201	101,103,105, 203	101,201,301	921 ou 301
3.18	-	101,103.307	-	-
7.1[3]	-	101,103,107	-	-
7.2	-	101,307 ou 317	-	-

1. Diplôme d'infirmière, être en exercice depuis trois ans.

2. Le "full course" s'étend pendant toute l'année universitaire et correspond à deux cours du programme des CEGEP.

3. Cette structure d'accueil exige également deux cours d'anglais (201,301).

c) en diététique à McGill, il y a deux structures d'accueil:

Biologie	921 ou 301	921 ou 301
Mathématiques	103,203	101,103,105,203
Physique	102,202,302	101,201,301
Chimie	nil	nil

d) en readaptation à Montréal (audiologie-orthophonie, physiothérapie et ergothérapie) on n'exige pas chimie organique 302.

e) en service social on exige le DEC et un maximum de cinq cours obligatoires. McGill n'en exige aucun, Sherbrooke demande deux cours de mathémathiques (103,307 ou 317) Montréal et l'UQAM demandent trois cours de mathématiques (101,103 et 307) alors que Laval demande en plus deux cours d'anglais (210,301).

Le tableau 3 résume les structures d'accueil pour les certificats, les majeures et mineures.

Pour un certificat ou une mineure:

En nursing à Montréal, à l'UQTR, UQAR et DEUOQ, on exige le DEC ou l'équivalent et une ou quelques années d'expérience clinique. A Laval, un certificat en nursing était offert par l'extension de l'enseignement mais une récente recommandation propose de cesser le certificat et d'intégrer cet enseignement au programme régulier.

TABLEAU 3

STRUCTURES D'ACCUEIL POUR LES PROGRAMMES DE PREMIER CYCLE

CONDUISANT A UN CERTIFICAT, UNE MINEURE

(D'APRES "ACCUEIL 1974" DE CLESEC)

Programmes	Universités			
	Montréal	Sherbrooke	Sir George Williams	UQTR UQAC UQAR
Certificat: nursing	0,10			0.1
Baccalauréat en hygiène dentaire	1.1 a-b-c-d			
Service social		0.18	3.15	

Légende:

00 : D.E.C. général.

0.1 : Diplôme d'infirmière, être en exercice depuis trois ans.

0.10 : D.E.C. ou l'équivalent et quelques années d'expérience dans un milieu approprié.

0.18 : Expérience d'au moins deux ans sur le marché du travail plus 13 ans de scolarité ou études et expérience jugées satisfaisantes.

1.1 : D.E.C. général et structure d'accueil en sciences de la santé (12 cours)

3.15 D.E.C. général et deux "full courses" en mathématiques.

a-b-c-d : Voir tableau 2

En hygiène dentaire, l'Université de Montréal offre un programme de baccalauréat avec majeure en hygiène dentaire et mineure en éducation: les exigences sont le DEC général, profil sciences de la santé.

En service social, l'Université Condordia offre une majeure et une mineure avec exigence du DEC general et de deux "full courses" en mathématiques. A Sherbrooke, on admet des diplômés en technique sociale qui ont trois annees d'expérience.

5.4.2.2 Evolution du profil sciences de la santé

Des travaux en cours du Comité de liaison Enseignement supérieur-Enseignement collégial (CLESEC) permettent d'entrevoir des modifications des structures d'accueil, non applicables avant septembre 1977 si elles sont promulguées avant septembre 1975. Le nombre de cours de concentration serait diminué à neuf (3 en mathémathiques, 2 en physique, 3 en chimie, 1 en biologie) et une structure unique pour l'admission en sciences pures, sciences appliquées et sciences de la santé.

Le Conseil supérieur de l'éducation a charge le Comité Nadeau d'établir une consultation d'envergure sur l'enseignement collégial et il semble être trop tôt pour en connaître les lignes de pensée.

5.4.2.3 Les programmes professionnels en santé au CEGEP

Les programmes professionnels comportent les mêmes cours obligatoires (langue maternelle, philosophie, éducation physique) que le programme général. Les différences apparaissent dans les cours "scientifiques" et complementaires.

Cinq remarques font saisir les differences:

5.4.2.3.1 L'enseignement des mathematiques est à peu près inexistant au secteur professionnel des sciences de la sante. En techniques de medecine nucléaire, le programme comporte cependant deux cours de mathématiques.

5.4.2.3.2 En chimie, seul le programme de techniques en medecine nucleaire comporte deux des quatre cours du profil sciences de la santé. Des cours condenses (chimie 104,204 et chimie 105,205) sont offerts en technique de laboratoire medical, en inhalotherapie, en hygiène dentaire et en technique dietetique, mais ces cours condenses, plutôt appliques, sont moins valables qu'au plan de la formation scientifique.

5.4.2.3.3 En physique, un à deux cours de la serie 102-202,302 sont requis dans les programmes de technique de radiodiagnostic et de medecine nucléaire, d'hygiène dentaire, de technique dentaire et de readaptation.

5.4.2.3.4 En biologie, les programmes professionnels comportent les cours 921 et 931, identiques aux programmes generaux. De plus, plusieurs de ces programmes comportent des cours appliques qui ajoutent au bagage de connaissances dans ce domaine.

5.4.2.3.5 En sciences du comportement, par exemple, plusieurs programmes professionnels comportent quelques cours qui pourraient être consideres dans une structure d'accueil à l'universite comme cours d'introduction dans des programmes avec volet dans ce domaine. On ne retrouve pas de tels cours dans le profil standard des sciences de la santé.

5.4.3 La problématique

5.4.3.1 L'accès aux études universitaires

Differents types de diplômes professionnels du CEGEP en sciences de la santé désirent continuer leurs etudes à l'université.

5.4.3.1.1 Les étudiants doues qui au terme de leurs etudes collégiales professionnelles, se rendent compte d'une "mal-orientation" partielle et ont la capacité d'entreprendre des études plus avancées. Il faut se rappeler qu'ils ont dû "opter" à l'âge de 15-18 ans avec des informations souvent incomplètes.

5.4.3.1.2 Les professionnels en pratique qui découvrent l'importance d'un complément de formation ou qui veulent accéder à un poste supérieur exigeant un baccalaureat.

5.4.3.1.3 Les enseignants en sciences de la santé au CEGEP, qui ont été engagés parce qu'ils étaient d'excellents techniciens, et qui maintenant désirent augmenter leur compétence pedagogique et scientifique.

5.4.3.1.4 Les diplômés de programmes anterieurs au CEGEP, formés en milieu hospitalier ou ayant reçus des cours d'extension.

La motivation de ces candidats est très grande: celui qui sent le besoin d'une formation poussée et qui veut y mettre l'effort, devrait pouvoir le faire. D'un autre côté, il n'est pas nécessaire de créer des programmes universitaires dans le seul but de reconnaître des competences professionnelles, surtout de façon retroactive.

5.4.3.2 Les diverses catégories

Diverses catégories de candidats porteurs d'un DEC professionnel veulent accéder aux études universitaires.

5.4.3.2.1 Les diplômés en technique de santé se dirigeant vers un programme universitaire correspondant (technique diététique, technique infirmière, réadaptation, assistance sociale).

5.4.3.2.2 Les diplômés dans une discipline où il n'existe pas d'enseignement universitaire correspondant à la technique étudiée, comme par exemple l'inhalothérapie, l'hygiène dentaire, la technique de radio-diagnostic et la technique de laboratoire médical.

5.4.3.2.3 Les diplômés qui ont pratiqué leur profession et acquis une expérience valable et démontré des qualités remarquables.

5.4.3.2.4 Les enseignants au CEGEP qui n'ont pas eu l'avantage d'obtenir une formation universitaire.

5.4.3.2.5 Les diplômés de CEGEP ou d'autres écoles qui, devant de nouvelles catégories professionnelles ou de nouvelles exigences, veulent faire reconnaître leur compétence.

5.4.4 Eléments de solution

Le principal problème consiste à savoir comment éliminer les différences de préparation entre les diplômés de programme général et ceux des programmes professionnels en vue de rencontrer les objectifs de l'enseignement universitaire. La carence de formation est surtout marquée dans la préparation

scientifique en mathématique et en physique, un peu moins en chimie alors qu'en biologie elle est acceptable; les acquisitions en sciences du comportement peuvent même être un atout additionnel.

Il est difficile de définir des règles générales pour toutes les catégories de candidats et pour tous les programmes.... Une étude, par CLESEC, des préalables absolument indispensables devrait être entreprise pour déterminer des structures d'accueil voisines ou communes pour chacun des programmes en sciences de la santé des universités québecoises.

5.4.4.1 Les diplômés des CEGEP

Le diplômé professionnel a déjà complété trois années de formation et il serait odieux de lui imposer un recyclage trop lourd: la "barrière" universitaire devrait être abaissee par une double manoeuvre:

- intégration des cours de formation scientifique au programme professionnel du CEGEP, surtout en première année, soit par une année commune général-professionnel, soit par la possibilité de choisir les cours de chimie et de mathématiques. Cette approche permettrait même la permutation réciproque entre le professionnel et le général.

- diminution des exigences quantitatives du profil sciences de la santé à 9 cours et valorisation des cours complémentaires en sciences du comportement. Il n'est pas question de diminuer le niveau d'exigence qualitative, celui étant d'ailleurs protegé par le mode de sélection actuel.

Il n'est pas exclu d'accorder aux diplômés du CEGEP professionnel des equivalences pour leur formation pratique et de leur offrir à l'université des cours de transition pour compléter leur programme.

5.4.4.2 Les diplômés en exercice professionnel

Lorsque les diplômés du CEGEP professionnel ont acquis une certaine expérience et l'âge de 23 ans, ils bénéficient du statut "d'adulte". Les exigences d'admission peuvent être individualisées pour s'assurer qu'ils ont une préparation suffisante. De plus, leur expérience peut être prise en considération. Pour entreprendre un programme de certificat ou une mineure, il leur est toujours possible d'étudier à temps partiel; cependant pour un baccalauréat, il y a quasi-obligation de prendre le statut d'etudiant régulier et d'abandonner une carrière rémunératrice.

5.4.4.3 Les enseignants au CEGEP

Le requis d'un baccalauréat pour les professeurs de CEGEP n'a pu s'appliquer au secteur des sciences de la santé; il faut donc s'attendre à un besoin de formation additionnelle au niveau du baccalauréat. Des programmes de mineure en pédagogie et de majeure en sciences de la santé avec perfectionnement dans la discipline professionnelle furent proposés par la Direction générale de l'enseignement collégial (DIGEC) et le Service général du personnel des organismes d'enseignement (SGPOE) qui devront établir les besoins quantitatifs dans ce secteur. Les exigences d'admission pourraient être les mêmes que pour les "adultes" mais il est nécessaire de souligner que les cours devraient être les mêmes que les cours réguliers en sciences de la santé; les stages seraient adaptés selon les tâches futures de ces enseignants.

5.4.4.4 Les diplômés du CEGEP dans une discipline sans programme universitaire correspondant

Certaines options techniques du CEGEP comme la technologie médicale, le radiodiagnostic, la médecine nucléaire et l'inhalothérapie, n'ont pas de correspondance dans des programmes universitaires. D'ailleurs, les diplômés de

ces disciplines qui désirent se perfectionner en vue de l'enseignement ou de postes de direction d'équipes, ont commencé à demander l'admission à l'université.

Il est vrai que le perfectionnement professionnel devrait relever de l'enseingnent continu au CEGEP mais il s'agit ici d'une formation additionnelle et non pas seulement d'une actualisation. Vue en ces termes, la proposition d'un programme "adapté" de baccalauréat en sciences de la santé (voir chapitre5, section 6) avec mineure en pédagogie ou en administration s'adresserait à un nombre plutôt limité de candidats chaque année.

Les structures d'acceuil à l'université devraient prendre en considération non seulement les études antérieures mais aussi l'expérience et la compétence exceptionnelle afin de réduire au minimum le recyclage pré-admission et favoriser un programme ad hoc ("faculty program") à l'université, même pour les cours préalables aux cours réguliers.

5.4.4.5 Les certificats

Dans un effort pour rencontrer les besoins d'une certaine clientèle, quelques universités ont lancé des programmes de certificat, soit en sciences infirmières soit en service social. Les requis d'admission comportent un DEC professionnel et une ou plusieurs années d'expérience. Une forte demande a caractérisé ces programmes: plus de 700 étudiants aux certificats en nursing de la Faculté de l'éducation permanente (FEP) à l'Université de Montréal, soit deux fois plus d'étudiants qu'à la Faculté de Nursing.

Compétence technique additionnelle ou formation universitaire? Il faut accepter que ces programmes comblent un vacuum causé par l'absence d'éducation permanente au CEGEP à ses ex-diplômes et satisfont à une motivation de prestige. La spécialisation technique est de niveau CEGEP dans le cadre de l'enseignement permanent alors que la spécialisation de type "clinicienne en nursing" serait de niveau universitaire.

Il faudrait se convaincre que l'enseignement "pour adultes" à l'université soit intégré aux programmes réguliers de baccalauréat et que les cours de certificat soient sous la direction des professeurs réguliers comme les programmes avec mineure. Ces cours devraient avoir le même poids en crédits et la même profondeur que les enseignements réguliers de premier cycle.

5.4.4.6 L'Ecole de Technologie Supérieure

Le programme expérimental de l'Ecole de Technologie Supérieure(ETS) de l'Université du Québec, qui a débuté en septembre 1974, est trop récent pour que l'on puisse en prévoir l'extension aux techniques de "santé". Un baccalauréat en technologie de 72 crédits (dont 15 en sciences fondamentales et en mathématiques, 15 en sciences humaines et administratives, 30 en spécialisation technologique et enfin 12 en stages et projets industriels) serait assez bien indiqué pour compléter la formation des diplômés de technique de laboratoire et de médecine nucléaire, pour ne citer que deux exemples. Cette formule s'appliquerait cependant moins bien aux programmes plus cliniques (infirmières, physiothérapeutes, diététistes) et pourrait éventuellement amener la création d'une autre strate de professionnels de la santé.

5.4.4.7 Cours réguliers ou à temps partiel

Le régime des études peut devenir très important pour les diplômes professionnels du CEGEP admis à l'université, surtout pour ceux qui demeurent sur le marché du travail. Ceux qui viennent de terminer le CEGEP choisiront probablement de poursuivre des etudes à temps complet. Dans la poursuite d'un certificat, d'une mineure, surtout dans un domaine voisin, le temps partiel est possible. Cependant, tout au moins dans les programmes en sciences de la sante, il semble que les étudiants s'accommodent difficilement du régime des etudes à temps partiel au niveau du baccalauréat.

Une possibilite interessante pourrait consister en un couplage équilibré de travail à temps partiel et etudes à temps partiel.

5.4.5 Recommandations

Afin de mieux réaliser l'articulation entre le niveau collégial et le niveau univeritaire, il est recommandé:

5.4.5.1 *que les universités facilitent davantage l'accès aux programmes universitaires en sciences de la santé pour les diplômés du CEGEP professionnel;*

5.4.5.2 *que dans l'esprit de la recommandation précédente, le Comité de liaison Enseignement supérieur et Enseignement collégial (CLESEC), entreprenne une étude détaillée des structures d'accueil à l'université pour les diplômés du CEGEP professionnel, en commençant par le secteur des sciences de la santé.*

Il est recommandé, plus spécifiquement:

5.4.5.3 *que les universités acceptent de reconnaître l'expérience professionnelle comme un des critères valables d'admission pour les détenteurs d'un DEC professionnel;*

5.4.5.4 *que l'enseignement collégial professionnel offre en option des cours de formation générale en mathématiques, physique et chimie pour remplacer, autant que possible, les cours actuels à tendance plus appliquée.*

5.5 L'EVOLUTION DES METHODES PEDAGOGIQUES

L'enseignement universitaire dans le secteur des sciences de la santé a commence à subir les effets de l'évolution sociale des dix dernières années, évolution qui a particulièrement secoué les domaines de l'éducatio. et de la santé.

Nous verrons dans un premier temps comment se manifeste cette évolution sociale, quels problèmes en découlent et quelles sont les voies de solution qu'on peut dégager relativement aux méthodes pédagogiques.

5.5.1 L'état actuel

5.5.1.1 L'évolution sociale et ses consequences sur l'enseignement

L'enseignement universitaire dans le domaine de la santé doit refléter l'évolution sociale qui, dans le domaine de l'éducation, se manifeste par les trois caractéristiques suivantes:

- l'accessibilité de l'enseignement à tous les étudiants et à tous les niveaux;
- le respect des besoins de la société;
- le respect des besoins de l'individu.

5.5.1.1.1 L'accessibilité au système d'enseignement:

L'accessibilité au système d'enseignement a été étendue par diverses mesures à l'élémentaire, au secondaire et au collégial en même temps que les programmes et les methodes pédagogiques subissaient des transformations profondes.

Ces transformations ont amené une augmentation du nombre des étudiants qui veulent être admis à l'université. La pression est encore plus forte dans le secteur de la santé que dans les autres secteurs universitaires parce que les perspectives d'emploi y sont à l'heure actuelle les plus grandes et les plus prometteuses, surtout en raison de l'évolution parallèle de l'accessibilité aux soins de sante. Qui s'instruit s'enrichit.

En outre, la création des CEGEP a conduit à l'université des jeunes gens et des jeunes filles qui sont plus jeunes (d'une ou deux annees) en comparaison avec la population étudiante d'avant 1968.

Plus nombreux, plus jeunes, ces étudiants ont aussi été formés d'une façon différente et diversifiée. Plusieurs ont été exposés à un apprentissage actif et au travail de groupe. La rigidité des profils d'accueil dans le domaine de la santé a par ailleurs modifié le niveau de formation générale des gradués de CEGEP. Par contre, la diversité d'application des programmes d'un CEGEP à l'autre introduit un facteur de disparité dans le niveau de préparation des étudiants qui arrivent à l'université.

5.5.1.1.2 Le respect des besoins de la société

Les milieux universitaires sont lents à réagir aux besoins d'une société changeante. Ils craignent, à tort ou à raison, d'assister ou de prendre part à des modifications néfastes quant aux fonctions qu'ils estiment devoir assumer. L'aspect d'enseignement professionnel comporte des responsabilités qui peuvent venir en conflit avec d'autres responsabilités que l'université se reconnaît et des valeurs qu'elle se doit de préserver.

Dans le domaine de la santé, en particulier, les besoins de la société doivent se traduire par une adaptation des apprentissages professionnels à ces besoins. L'université est appelée à multiplier ses interventions afin de s'assurer que ses gradués reçoivent une formation permettant de répondre aux besoins de la société. Cette préoccupation vaut autant pour le premier niveau universitaire que pour l'enseignement continu qui s'adresse aux diplômés qui sont déjà actifs dans leur profession.

Le respect des besoins de la société doit donc se refléter dans les programmes de formation et dans les objectifs de ceux-ci, avec des conséquences multiples sur les méthodes pédagogiques, la sélection et la promotion des étudiants.

5.5.1.1.3 Le respect des besoins de l'étudiant

Le système pédagogique moderne doit être orienté vers l'étudiant; en effet il est maintenant question d'auto-formation et de l'étudiant comme agent principal de sa formation et qui progresse selon son propre rythme.

Il s'en dégage en particulier la notion d'individualisation de l'enseignement pour respecter les besoins de chaque étudiant, en reconnaissant à celui-ci un rythme et un style d'apprentissage qui est le mieux adapté à ses capacités et à ses aptitudes.

L'auto-formation et l'auto-enseignement sont des objectifs de la pédagogie universitaire qui ne sont atteints que chez une faible proportion des étudiants; plusieurs attendent toujours, même après quatre années sur le campus, la becquée pré-diplôme qui terminera leur vie d'apprentissage.

5.5.1.2 Les professeurs et les méthodes d'enseignement

Face à cette évolution qui amène à l'université un nombre plus grand d'étudiants, plus jeunes, formés de façon différente et diverse, les professeurs sont plus ou moins désemparés. Ils doivent évoluer de l'enseignement classique de type magistral vers une interaction enseignant-enseigné de type dynamique.

D'une part les professeurs ont reçu une formation scientifique dans une discipline et, de plus en plus, dans une sous-discipline.

Ils n'échappent pas à la tendante à l'auto-réplication en utilisant de préférence les points de repère et les méthodes par lesquelles ils ont eux-mêmes été formés.

De plus, le manque de préparation pédagogique des professeurs d'université est notoire. Ce n'est qu'à l'essai et à l'expérience que se dégagent et se développent les capacités pédagogiques des professeurs.

Enfin, souvent les responsabilites pédagogiques passent au second plan, derrière les préoccupations de recherche, d'administration ou de services professionnels. Cette tendance a d'ailleurs été favorisée, de façon générale, par les critères de promotion des professeurs, au détriment de la recherche de solutions aux problèmes d'enseignement évoqués plus haut.

5.5.1.3 Les méthodes pédagogiques

La technologie moderne met à la disposition des enseignants des moyens différents d'intervention pédagogique. Les multiples formes d'aides audio-visuelles, l'enseignement micrograduè, l'approche par problème (problem solving), la simulation, le magnétoscope et plus récemment l'ordinateur constituent des moyens possiblement plus puissants que la craie et le tableau noir. Mais leur usage n'est pas généralisé et n'a pas eu encore d'impact majeur dans l'enseignement universitaire en particulier dans le domaine de la santé.

Par ailleurs, il faut néanmoins réaliser que les livres, les traités et les publications de toutes sortes constituent toujours un moyen pédagogique de choix à la disposition de l'étudiant et du professeur.

Les organismes responsables de l'innovation pédagogique sont nommés différemment selon les écoles et universites: comité d'enseignement, comité du curriculum, commission des études, département d'éducation médicale: ainsi la Faculté de Médecine de l'Université Laval possède une section de pédagogie médicale. Cependant, en dépit du fait qu'à plusieurs endroits ces comités ont accompli des actions pédagogiques valables, celles-ci devront quand même continuer à s'accentuer dans l'avenir.

5.5.2 La problematique

Les problèmes de la pédagogie en sciences de la sante sont de plusieurs ordres et concernent les relations professeurs-étudiants, le matériel didactique, l'enseignement clinique et l'évaluation.

5.5.2.1 Le nouveau contrat

Après l'ère de contestation, s'est établi progressivement un nouveau contrat entre l'étudiant et le professeur où l'objectif à atteindre est clairement indiqué et l'évaluation liée à cet objectif. D'après ce contrat, le professeur devient un guide pour l'étudiant devenu le principal agent de sa formation. La promotion par matière, le progrès au rythme individuel et le travail en petits groupes sont des modalités d'application du nouveau contrat.

Cependant, l'université, les professeurs et les étudiants sont soumis à des contraintes réelles: le monolithisme des programmes, la durée fixe de l'année universitaire, l'économie de l'enseignement magistral, l'augmentation des exigences des étudiants, le manque de préparation pédagogique des professeurs et le difficile équilibre du couple information-formation dans le choix des activités d'enseignement.

L'évolution du professeur du modèle "transmission de connaissances" au modèle "guide de formation" est encore à faire en raison du manque de connaissances des méthodes à leur disposition, du manque de confiance dans leur efficacité, et de la peur d'être supplanté par la quincaillerie. Certains professeurs ont investi beaucoup dans la production de matériel didactique, avec un succès mitigé, à cause d'un manque d'appui technique ou d'efforts trop isolés.

L'évolution de l'étudiant, du passif mangeur de notes au responsable autoéduqué, n'est pas encore généralisée. Il est peu probable que des cohortes d'étudiants puissent avancer selon la même démarche d'apprentissage et que les nouvelles techniques profitent également à tous. La diversité des approches devrait satisfaire la diversité des appétits. Il existe toujours le danger que l'étudiant utilise des solutions de facilité en remplaçant le travail par l'utilisation des gadgets.

5.5.2.2 Le matériel didactique

Le matériel didactique d'expression française est beaucoup moins abondant que le matériel anglophone. La traduction et l'adaptation constituent des solutions boiteuses et la production de novo demande des moyens que les universités ne possèdent pas. L'Europe francophone n'a pas fourni beaucoup de support de ce type. Au Québec, les échanges entre les écoles et facultes des sciences de la santé commencent à peine et devraient être favorisés par une remise à la mode de la pédagogie à l'université.

5.5.2.3 L'enseignement clinique

La transpostiion du "nouveau contrat" au milieu de formation clinique sera encore plus complexe à cause du grand nombre de moniteurs à initier à la formation et à l'évaluation par objectifs. De plus, la formation auprès de patients réels, sous la responsabilité directe de professionnels et sous la responsabilite indirecte des administrations d'établissements, peut limiter l'application des principes pédagogiques. En effet, le patient doit recevoir des soins et il n'est pas toujours facile de respecter la lenteur ou les hésitations de la démarche des étudiants. La consommation professorale des étudiants au début de leur stage est prohibitive et s'approche du quotient 1/1. C'est le lieu par excellence de la pédagogie des petits groupes pour la formation aux comportements professionnels, pour la correction des attitudes, pour l'évaluation du jugement clinique et pour l'apprentissage des habiletés techniques.

5.5.2.4 L'evaluation

Pierre angulaire de la pédagogie nouvelle, l'évaluation devient la tâche la plus délicate du professeur: c'est la vérification du contrat qui le lie à l'étudiant. Si les objectifs du cours ou du programme sont clairement définis, l'évaluation peut être objective et faite par d'autres que celui qui a guidé les étudiants. Cette dissociation entre le professeur et l'évaluateur est necessaire pour l'évaluation normative et est automatique dans l'évaluation par un organisme externe à l'université. Mais, à l'intérieur des activites habituelles d'enseignement, il y a place pour l'évaluation continue indicative par le tuteur et l'auto-évaluation par l'étudiant devant des tests objectifs.

L'évaluation de la compétence clinique est un autre défi lancé aux professeurs et moniteurs en sciences de la santé. Ce type d'évaluation devrait être accepté par la corporation professionnelle pour conduire si possible à l'obtention du diplôme universitaire et à la licence de pratique selon les même normes, lorsqu'il est souhaitable que ces deux étapes coincident.

5.5.3 Eléments de solution

Il faut toutefois rappeler que le progrès pédagogique repose d'abord sur les attitudes et les motivations des professeurs, des étudiants et des directeurs des services pedagogiques ainsi que sur les moyens techniques et financiers qu'on peut mettre à leur disposition.

5.5.3.1 Les programmes par objectifs

La transformation du curriculum en programme par objectifs constitue la démarche fondamentale à effectuer. La mobilisation des énergies professorales pour actualiser cette transformation représente un défi pédagogique important qui est à la base du nouveau contrat. La sélection des moyens et méthodes d'enseignement parmi l'arsenal didactique et technologique suivra naturellement avec un accent marqué vers l'individualisation de l'enseigne-

ment. Avec l'aide du professeur, du manuel, des documents audio-visuels, de l'ordinateur ou de ses collègues, l'étudiant peut, selon son style et son rythme d'apprentissage, progresser vers les objectifs pré-établis. L'évaluation ou la mesure de l'atteinte des objectifs, constitue un contrôle de l'efficacité des modalités pédagogiques et de l'effort conjugué professeur-étudiant.

5.5.3.2 Les professeurs

Dans l'optique d'un apprentissage en fonction d'objectifs explicites, le rôle du professeur est multiple. Il est d'abord un modèle, scientifique ou professionnel, auquel l'étudiant peut s'identifier dans le choix de sa carrière; comme tuteur il appuie l'étudiant dans le choix des objectifs et des moyens; enfin, il exerce la fonction de facilitateur dans l'acquisition des techniques et habiletés professionnelles. Libéré des tâches répétitives, le professeur devient plus disponible pour une action plus individuelle auprès de l'étudiant afin de le guider dans sa propre recherche.

La fonction du professeur est de conduire l'étudiant vers l'autonomie professionnelle accompagnée d'un haut degré d'auto-critique et de responsabilité. La transmission des connaissances n'est qu'une des composantes de cette formation, et probablement la composante la plus facile et la plus mécanique. L'étape de la responsabilité professionnelle et de la compétence clinique requiert plus de présence professorale comme élément irremplaçable.

5.5.3.3 Les étudiants

Les étudiants qui commencent leurs études universitaires en sciences de la santé ont déjà été exposés à des expériences pédagogiques diversifiées et,

bien que n'ayant pas encore atteint le stade de l'auto-enseignement, ils sont néarmoins plus exigeants. Les experiences de nouvelles méthodes pédagogiques, d'enseignement programmé et d'enseignement individualisé commencent à se multiplier au Québec dans le domaine de la santé. Les étudiants acceptent très bien les enseignements modulaires, les rubans magnetoscopiques, les diaporamas, les textes microgradués ou tout type d'enseignement où les objectifs sont clairement définis parce que le nouveau contrat y est bien respecte.

5.5.3.4 Les institutions

Le service pedagogique, afin d'activer la transformation, doit poursuivre un intense travail d'animation auprès des professeurs pour les interesser à reformuler leurs cours, à raffiner leurs méthodes, à préparer de nouveaux outils de travail et à apprendre à utiliser les moyens disponibles.

Les doyens et directeurs de programme doivent valoriser les tâches d'enseignement et les préoccupations pedagogiques dans l'évaluation des professeurs et en tenir compte dans leur promotion. Dans l'échelle des valeurs universitaires, la participation au renouveau pédagogique devrait égaler l'obtention de subventions de recherche.

La mise sur pied de centres d'apprentissage (learning centers) au service des étudiants est une priorité. Le regroupement et la disponibilité de 24 heures de matériel didactique tels que appareils, systèmes, bandes, diaporamas, consoles d'ordinateur, dans un lieu voisin de la bibliothèque permettraient de réaliser cette priorité et signifiraient l'arrivée de la pédagogie nouvelle.

5.5.4 Recommandations

Dans le but d'assurer l'évolution des méthodes pédagogiques actuelles dans le domaine de la formation universitaire dans les sciences de la santé, il est recommandé:

5.5.4.1 *que les universités incitent les doyens et les directeurs de programme en sciences de la santé à transformer leur curriculum en programme par objectifs;*

5.5.4.2 *que les universités, par leur service de pédagogie, proposent aux professeurs en sciences de la santé une formation psychopédagogique de base, une aide technique pour la programmation par objectifs et une initiation à la technologie didactique;*

5.5.4.3 *que les universités soient encouragés à organiser un certain nombre de centres d'auto-apprentissage facilement accessibles pour regrouper les systèmes d'aide à l'enseignement et qu'un mode de financement à cet effet soit prévu par le ministère de l'Education;*

5.5.4.4 *que les universités du Québec collaborent à un réseau interuniversitaire de ressources pédagogiques pour faciliter des échanges sur les méthodes, les techniques et sur les systèmes d'enseignement et d'évaluation.*

5.6 LE CERTIFICAT, LE BACCALAUREAT GENERAL ET LA MAITRISE EN SCIENCES DE LA SANTE

5.6.0 Introduction

Les structures d'accueil et les programmes dans tous les secteurs des sciences de la sante suivent des voies professionnelles: les comites d'admission admettent un candidat ou en nursing, ou en medecine, ou en pharmacie, etc. Cette façon de faire est contraire aux nouvelles orientations d'ouverture de l'universite et peut devenir un element négatif dans l'évolution du monde de la santé. La possibilité de compétences croisées ou hybrides a souvent été à l'origine de nouvelles disciplines. D'un autre coté la tendance au professionnalisme, accentué par le Code de professions, ralentira la multiplication des groupes professionnels.

Pour faciliter l'acquisition de compétences nouvelles sans risquer de créer d'autres categories, il devrait être possible d'utiliser les ressources universitaires pour perfectionner les professionnels déjà membres de corporations existantes.

5.6.1 Le certificat et le baccalaureat en sciences de la santé

Un cadre d'accueil devient nécessaire pour recevoir certains professionnels de la santé issus du CEGEP qui désireraient poursuivre leurs études dans un secteur où il n'y a pas de correspondance universitaire organisée. Par exemple, un technicien en radiologie, déjà membre d'une corporation professionnelle, pourrait s'inscrire à un programme de baccalauréat en sciences de la santé

pour devenir professeur dans un CEGEP ou chef technicien dans un centre hospitalier ou un laboratoire privé. Présentement il n'existe pas de programme de baccalauréat en radiologie, mais plusieurs cours d'anatomie, d'anatomie radiologique,de medecine nucleaire sont disponibles et pourraient contribuer positivement au perfectionnement du candidat.

Il s'agit d'accueil largement ouvert, en dehors des disciplines universitaires actuelles pour une clientèle nécessairement limitée de gradués au CEGEP professionnel. Ces candidats s'inscrivent à des programmes "taillés sur mesure" en vue d'obtenir un certificat ou un baccalauréat en sciences de la sante; il est évident cependant que de tels programmes "ad hoc" doivent suivre les normes pedagogiques de l'université: nombre de credits, cours réguliers, evaluation selon les mêmes critères que les étudiants du baccalauréat spécialisé. Une proportion des cours cependant et les stages devraient être spécifiquement choisis ou conçus pour rencontrer les besoins du candidat.

Dans les domaines de sciences de la sante, plusieurs universités possèdent des banques de cours très diversifiées et qui sont disponibles. Une structure d'accueil et une direction de programme seraient deux éléments suffisants pour offrir ces programmes de certificats ou de baccalaureat dans des secteurs comme la biologie médicale, l'inhalothérapie, la médecine nucléaire, la radiologie diagnostique...

Le perfectionnement des cadres et la formation des professeurs pour le CEGEP sont des tâches universitaires reconnues: le certificat ou le baccalaureat en sciences de la santé constituent des moyens réalisables de combler ce besoin, sans pour autant créer une foule de programmes à petite clientèle. La demande de certaines concentrations pourrait de plus permettre de s'adapter rapidement aux exigences du marché du travail sans avoir à fonder des ecoles ou des instituts plus ou moins parallèles.

Ce type de programme de certificat ou de baccalauréat en "sciences de la santé" ne remplace pas les programmes de baccalauréats spécialisés existants ou à venir; il ne doit pas constituer une voie de garage pour les cégépiens refusés aux autres programmes. Il ne devrait être qu'un cadre commode pour faciliter la promotion verticale des professionnels issus du CEGEP qui ne peuvent accéder à un programme universitaire dans leur discipline.

5.6.2 La maîtrise en sciences de la santé

Il est naturel pour certains étudiants de continuer leurs études universitaires au-delà du baccalauréat, soit pour compléter leur formation, soit pour s'engager dans une voie de recherche, soit pour mieux se préparer à l'enseignement universitaire ou collégial. Cette tendance doit être encouragée et surtout dans les universités francophones où le Conseil des universités a constaté un grave déficit. En effet, le nombre des étudiants gradués de 2ième et 3ième cycles par rapport au nombre* d'étudiants du premier cycle est plus faible dans les universités francophones que dans les universités anglophones du Québec. Incidemment, des directeurs de programmes de baccalauréat spécialisé dans le domaine des sciences de la santé ont fait, ou projettent de le faire, des propositions de programme de maîtrise dans des secteurs comme la physiothérapie, la diététique et l'ergothérapie.

Ces programmes seraient offerts à des petits nombres de candidats choisis et les ressources professorales pour les dispenser seraient rares et coûteuses. De plus, il n'est pas certain que le corps de connaissances dans chaque discipline soit suffisant pour constituer un programme avancé. Un perfectionnement dans des champs voisins, la fréquentation d'une équipe de chercheurs dans un domaine connexe plus vaste, et des notions de pédagogie ou d'administration formeraient un programme de maîtrise possiblement plus solide et plus adapté.

---

* Il s'agit ici du nombre total des étudiants du premier cycle.

La maîtrise en sciences de la santé ne remplace pas les programmes de maîtrise actuellement reconnus dans les facultés et écoles des sciences de la santé. Mais c'est un cadre qui devrait permettre l'accès aux études avancées pour un plus grand nombre de bacheliers, surtout dans les universités où les programmes de maîtrise sont peu développés.

Cette approche diminuerait la prolifération des programmes de maîtrise de recherche ou professionnelle dans des secteurs où les besoins sont peu abondants mais qualitivement nécessaires. Un autre choix consisterait à envoyer des étudiants parfaire leurs études dans des milieux universitaires canadiens ou étrangers.

La responsabilité d'un tel programme est sûrement interdisciplinaire et pourrait relever d'une direction des études de second cycle, d'une faculté ou école des gradués ou d'une faculté avec participation des écoles impliquées. De fait, il s'agit d'un regroupement de ressources dans une structure souple et qui serait de beaucoup préférable à une multiplicité de petites structures utilisant, au fond, les mêmes ressources.

5.5.3 Recommandations

Dans le but de mieux préparer les professeurs des techniques de la santé au niveau collégial et d'offrir un perfectionnement universitaire à des diplômés du secteur professionnel en science de la santé, il est recommandé:

5.5.3.1 que les universités mettent en place des structures d'accueil, à même les programmes existants, au niveau du certificat et du baccalauréat, pour les diplômés du secteur professionnel de la santé au CEGEP, dans les disciplines où il n'existe pas de programme universitaire identifié, par exemple, dans les techniques de laboratoire médical, dans les techniques de radiologie diagnostique, l'inhalothérapie;

5.5.3.2 que les universités établissent un programme élargi de maîtrise en sciences de la santé pour les détenteurs d'un baccalauréat spécialisé désireux de se perfectionner dans les disciplines où il n'est pas opportun de créer des programmes de maîtrise spécialisée.

5.7 L'EQUIPE DE SOINS DE SANTE

Un terme très souvent utilisé dans le vocabulaire de la réforme du système de santé est celui de "l'équipe" et celui-ci est habituellement entouré d'une mystérieuse aura d'efficacité, de polyvalence, de succès et de coordination chronométrée. Qu'il suffise de mentionner l'équipe de transplantation, l'équipe de l'urgence, l'équipe de soins intensifs pour évoquer l'idée du summum de soins, de la technologie utilisée à fond et de l'impression passagère d'immortalité dispendieuse.

Est-il utile, nécessaire, valable de préparer les futurs professionnels de la santé au travail en équipe? L'évolution du réseau de santé est-elle liée à la formation au travail en équipe? Les avantages du travail en équipe sont-ils tellement importants que les difficultés devraient être aplanies à tout prix? Les réponses sont peu nombreuses dans l'expérience québécoise, mais il va de soi que les tentatives de travail en équipe auront plus de chances de succès avec des participants qui auront expérimenté cette méthode d'activité professionnelle pendant leur formation universitaire.

5.7.1 La justification de l'équipe

L'équipe de soins est maintenant devenue une réalité quotidienne dans la vie hospitalière ce qui entraîne une répartition des tâches et des responsabilités qui est souvent très nette, que ce soit à l'unité de soins, en

salle d'operation ou à l'urgence. Mais cette realite disparaît rapidement pour les malades ambulants et n'existe à peu près pas dans les cabinets des medecins. Il semble exister un lien entre la pratique professionnelle dans les établissements de sante et le fait que les professionnels se regroupent en equipes. C'est ainsi que dans la pratique "privee", le phenomène "equipe" tarde à paraître, probablement parce que le praticien doit lui-même remunérer ses assistants. C'est peut-être ce qui explique la rarete des equipes de soins en dehors du milieu hospitalier et leurs difficultés d'installation.

Mais quels sont donc les arguments qui militent en faveur de l'equipe comme mode de fonctionnement professionnel en sante? Il est possible d'en retracer quelques-uns dans les grands objectifs proposes dans le Rapport Castonguay-Nepveu.

5.7.1.1 L'accessibilité aux soins serait facilitee si les professionnels travaillaient en equipe autant pour assurer la garde et le remplacement que pour grouper les ressources et multiplier les points d'entree dans le réseau.

5.7.1.2 La globalite des soins serait garantie davantage si les ressources professionnelles étaient groupées pour offrir toute la gamme des soins préventifs, curatifs et de readaptation et pour promouvoir la santé en plus de lutter contre la maladie et ses conséquences.

5.7.1.3 La continuité des soins hors de l'hôpital serait favorisée par l'équipe de soins primaires qui s'assure que les ressources du réseau sont utilisees au mieux pour chaque patient selon ses besoins autant sous l'aspect préventif que curatif.

5.7.1.4 La personnalisation des soins est facilitee par le travail en equipe car le regroupement des differentes ressources professionnelles diminue la course aux agences dispersées et la surcharge des services hospitaliers souvent anonymes.

5.7.1.5 La qualité des soins augmente avec le regroupement des experts en unites fonctionnelles. Aussi, la complementarite professionnelle, les echanges continuels et la stimulation par le groupe sont autant de facteurs qui ameliorent la qualité des services professionnels tout en partageant les tâches.

Pour ces raisons, et pour d'autres encore, comme le changement social, le droit aux loisirs, la pratique croissante en milieu institutionnel, la répartition de la responsabilité professionnelle et les progrès technologiques qui dépassent la capacite des individus isolés, il devient évident que le phénomène "équipe", qui connait un réel succès en milieu hospitalier, va se généraliser à tout le réseau de soins. De plus, dans la perspective d'un effort concerte vers la promotion de la santé, il devient encore plus necessaire de coordonner les activités des professionnels dans des équipes "de santé" orientées vers le mieux-être des populations.

Une dernière justification concerne celle du coût des services. Dans une équipe où les fonctions seraient bien distribuées et comportant une proportion d'actes "élargis" et de delegation de tâches, chaque professionnel devrait augmenter sa "productivite". Et le médecin, en particulier, pourrait alors se concentrer davantage sur les actes strictement médicaux et non deleguables. Ce mode de fonctionnement conduirait à un emploi plus rationnel des expertises professionnelles. La quantité totale

des services rendus augmenterait et la qualité devrait en être meilleure. Le coût total serait probablement plus élevé que le seul coût des services médicaux, mais il semble que le coût annuel (santé et bien-être) per capita serait peut être diminué s'il y avait une substitution de rôle.(1)

5.7.2 La problématique de l'équipe

Le fonctionnement des equipes de santé a été examiné sous tous les angles particulièrement sous l'aspect des relations interpersonnelles comme condition première de "succès". La réalité professionnelle, les nouvelles tâches à accomplir en santé et la composition de l'equipe dans un contexte donné, sont des variables externes qui peuvent modifier le fonctionnement de l'équipe et créer des contraintes. Il n'existe pas de modèle unique d'equipe de sante et il n'est pas de notre intention d'en proposer un. Nous nous limiterons à décrire et à commenter brièvement quelques-uns des facteurs les plus significatifs qui affectent la vie des equipes de santé dans le Québec d'aujourd'hui.

5.7.2.1 La priorité de la médecine curative qui est surtout centrée autour du médecin comme seul expert. La formation des professionnels de la santé se fait principalement dans le contexte hospitalier et les soins assurés par la Régie de l'assurance-maladie du Québec (RAMQ) sont des soins en très grande majorité presqu'exclusivement curatifs. Les aspects technologiques de la prévention sont moins développés et semblent dépréciés à

---

(1) Spitzer WO, Roberts RS, Sackett DL, Gent M, et al: Effects of nurse practitioners on use of health services: Report of a randomized trial. Paper presented at scientific session, Medical Care Section, American Public Health Association, San Francisco, November 5, 1973. Cité dans: Etude sur l'Implantation de rôles nouveaux en nursing, Opération Sciences de la Santé, Paul N. Bourque, Septembre 1974, p. 29.

côté de la "quincaillerie" sophistiquee qui entoure le modèle curatif. Enfin, la structure de remunération décourage les soins preventifs.

5.7.2.2 L'appartenance à des associations professionnelles, qui défendent les droits des professionnels, place les travailleurs de la santé devant un dilemme. En effet, leur association et leur corporation poursuivent des objectifs, défendent des positions et imposent des limites qui sont parfois incompatibles avec les objectifs du travail en équipe. Cet état de chose résulte d'un premier ressac de la promulgation du Code des professions.

5.7.2.3 La remunération des professionnels crée, de deux façons différentes une interference manifeste sur le fonctionnement de l'equipe. Ainsi, le mode de remuneration, à l'acte pour les uns et à salaire pour les autres, peut donner l'impression à certains de travailler pour le benefice des autres en augmentant leur productivite. Ensuite, le niveau de remuneration, par ses ecarts hors de proportion selon les critères de scolarité ou d'efficacite, peut miner la dynamique de l'équipe.

5.7.2.4 Le changement social et la reorganisation du système de santé sont associes au phénomène "équipe de santé". Malheureusement, une certaine ambiguité quant aux objectifs à poursuivre engendre un gaspillage d'énergies et de competences qui n'est pas dû aux difficultés de l'équipe mais bien à la confusion des objectifs dans ce contexte changeant. Les professionnels experimentés ont tendance à revenir à leur mode anterieur de fonctionnement parce que leur compétence y est reconnue et leurs habitudes trop ancrées.

5.7.2.5 Le nouveau cadre juridique du Code des professions, avec des définitions précises d'actes reservés et exclusifs, a influence le fonctionnement des équipes. La responsabilité légale est souvent definie seulement vis-à-vis le médecin; la réglementation et la reconnaissance officielle de la délégation des actes tarde à venir dans sa reconnaissance officielle et les administrateurs des établissements de sante craignent l'illégalite. La tolérance nécessaire et la confiance mutuelle des professionnels n'arrivent pas à surpasser le légalisme des corporations dans un champ où la jurisprudence n'existe pas encore.

5.7.2.6 Les normes organisationnelles des établissements publics et parapublics produisent fréquemment des interferences dans le fonctionnement des equipes de sante, soit parce que les normes ont été prévues surtout pour des centres hospitaliers, soit parce qu'elles ne peuvent prévoir l'innovation et répondre à des besoins instantannés.

5.7.2.7 L'image professionnelle, transmise au cours de la formation universitaire par le contact des praticiens lors des stages, joue contre le succès de l'équipe de santé. Ainsi, certains professionnels se perçoivent comme ayant le monopole du savoir alors que certains autres cherchent à améliorer leur image. Les professionnels qui vont au-delà de ces perceptions s'intègrent plus facilement à une équipe.

5.7.2.8 Les elements de fonctionnement interne de l'équipe ont aussi leur importance. Une carence de formation en psychologie et l'absence de stages "en équipe" ne favorisent pas la difficile entreprise de partager ses connaissances et son ignorance avec d'autres professionnels, ni d'accepter de confronter son travail avec celui de collègues. Si l'on ajoute les contacts et fric-

tions constantes du travail quotidien, il devient facile de saisir la complexite du travail en équipe par opposition au travail professionnel isolé.

5.7.3 Elements de solution

En dépit d'une problématique assez chargée, si on demeure convaincu que l'équipe de santé est justifiée et sert de véhicule à une large partie de la réforme du système, il devient nécessaire de proposer des solutions positives capables de faciliter l'entreprise.

5.7.3.1 Pour favoriser le travail en equipe, il est absolument nécessaire de respecter les exigences de cette forme d'organisation. L'amateurisme, l'utilisation de cette mode, l'enthousiasme du moment ne font que multiplier les difficultés inherentes à tout travail en équipe et risquent de produire des résultats désastreux. Lors de la mise sur pied d'équipes, la consultation d'experts aiderait à définir très clairement les objectifs, à dessiner les rôles et à établir les modes d'inter-relations. Cette mise de fond évitera les aventures qui sont aussi dommageables pour les personnes que pour la réforme.

5.7.3.2 Le regroupement des étudiants en sciences de la santé peut augmenter la confiance réciproque et accroître les collaborations efficaces. Ce regroupement peut prendre la forme d'un cohabitation pacifique en salles de cours ou mieux encore, de stages pratiques communs, afin d'établir des façons de travailler ensemble autour des mêmes patients. L'apprentissage du fonctionnement de l'équipe peut devenir l'objectif principal d'un de ces stages en plus de l'acquisition de la compétence professionnelle spécifique.

7.7.3.3 Le cadre bureaucratique habituel ne peut toujours prévoir l'administration d'un système aussi dynamique et ouvert que l'équipe de santé, surtout quand celle-ci est en période de rodage. Une certaine souplesse administrative est nécessaire au niveau de l'équipe pour ne pas limiter les possibilités d'expérimentation et d'innovation.

5.7.3.4 Les outils d'évaluation doivent faire partie intégrante d'un projet d'équipe de santé en vue d'ajuster le fonctionnement aux changements de la demande, des ressources et même des objectifs. Si on peut porter un jugement sur la valeur de l'équipe, il devient important de quantifier le travail et d'évaluer le cheminement vers l'objectif. Ce processus constant d'évaluation est nécessaire autant pour l'équipe elle-même que pour les administrateurs des établissements de santé et le ministère des Affaires sociales.

5.7.3.5 Des modèles d'équipe, très variables selon les besoins à combler, doivent être inventés, surtout en milieu ambulant et en dehors du cadre hospitalier, comme par exemple, des équipes de réadaptation, de soins continus, de soins aux gens âgés et en milieu scolaire. Selon les objectifs visés par l'équipe , on retrouve des regroupements de professionnels différents. Dans certaines équipes, le pharmacien joue un rôle important, d'autres équipes ne nécessitent pas la présence du médecin, alors qu'ailleurs le travailleur social est la personne-clé. Dans une même équipe, le rôle de chaque professionnel peut varier selon le problème en cause, où selon le moment de la maladie d'un tel patient: tantôt le physiothérapeute prend charge, tantôt l'infirmière assure la continuité alors que tantôt le médecin est la ressource utile. Ainsi, le choix de stages dans des équipes diversifiées devrait être plus vaste pour les étudiants universitaires que les seules possibilités de stage à l'hôpital qui prévalent actuellement.

6.7.4 Recommandations

Afin de mieux préparer les professionnels de la santé à travailler en équipe, il est recommandé:

6.7.4.1 *que les universités, en collaboration avec les établissements du réseau de santé, créent des milieux de stage "en équipe" pour offrir aux futurs professionnels de la santé la possibilité de parfaire une partie de leur formation clinique dans ce contexte;*

6.7.4.2 *que chaque programme de formation comporte, progressivement, une période de formation pratique "en équipe", comme par exemple, un stage de deux mois avec au moins deux autres types de professionnels de la santé;*

6.7.4.3 *que les universités et les CEGEP collaborent entre eux pour organiser des stages en équipes multidisciplinaires dans les établissements du réseau avec lesquels ils sont liés par un contrat d'affiliation;*

6.7.4.4 *que les départements de médecine sociale et préventive, ou d'autres secteurs universitaires, développent une expertise de programmation et d'évaluation afin d'agir comme consultants lors de la formation d'équipe accueillant des étudiants en stage, et qu'une attention particulière soit apportée à l'évaluation de l'efficacité et des coûts du projet d'équipe.*

5.8 LES STAGES CLINIQUES

5.8.1 Introduction

La formation professionnelle des médecins et des guérisseurs était jadis une formation tutoriale exclusive où le maître transmettait à son élève les secrets de son art. L'intégration des écoles de médecine aux universités et leur évolution vers le statut de faculté s'est accompagnée d'une expansion importante du contenu scientifique de la formation et d'une multiplication de l'enseignement magistral théorique. Ce phénomène s'est réalisé un peu aux dépens d'une formation pratique limitée à quelques stages où l'étudiant était le témoin des talents de ses moniteurs. Quelques élus étaient appelés à l'internat pour devenir, après quelques voyages d'études, les premiers spécialistes. Sous la pression des Collèges médicaux et organismes dits d'agrément, l'organisation de la formation pratique des futurs médecins a permis la réalisation de stages variables. L'internat est devenu obligatoire avec un examen normatif terminal et sous la surveillance de l'université et la corporation professionnelle. Vers 1964, le diplôme universitaire (M.D.) était accordé après l'externat de douze mois, avant l'internat et l'examen pré-licence était aboli. En juillet 1970, la Corporation professionnelle des médecins du Québec remettait aux universités la responsabilité complète des stages pratiques de l'internat et de la résidence.

Ce résumé de l'évolution recente des stages en médecine aide à comprendre l'evolution des stages pratiques dans les autres disciplines de la sante car celles-ci ont suivi d'assez près le "modèle médical". La doctrine générale prévalente voulait qu'on ne puisse être admis à la pratique d'une profession dans le domaine de la santé sans avoir été soumis à un stage pratique que ce soit avant ou après l'obtention du premier diplôme universitaire. Souvent une période additionnelle de formation pratique était exigée après l'obtention du diplôme universitaire pour appartenir à la corporation professionnelle comme par exemple en pharmacie et en physiothérapie.

Les stages cliniques forment une image kaleidoscopique très hétérogène dans le domaine de la santé à cause de l'évolution indépendante des groupes professionnels et selon la relation de chaque groupe avec les administrations universitaires et hospitalières. Ces caracteristiques actuelles des stages sont les suivantes: la grande majorité des stages se situent à l'hôpital; les periodes de stages sont variables; le monitorat peut être omniprésent ou nul; les objectifs sont rarement précisés; le statut des stagiaires est souvent nébuleux et leur remuneration varie de 0 à $15,000.00 par annee selon les programmes, les niveaux et même selon les ecoles. Dans une perspective strictement administrative, on peut conclure au fouillis; les juridictions des corporations professionnelles, des universites et des centres hospitaliers sont embrouillees et engendrent des decisions incohérentes parce que non coordonnées et qui s'accumulent au cours des annees.

On peut facilement citer des exemples, comme l'internat en diététique, les stages en physiotherapie, ou le fait d'envoyer des stagiaires dans les endroits où il n'y a pas de professeurs pour les encadrer.

Un seul point semble très clair et accepté à l'unanimite partout: les stages sont une partie necessaire de la formation universitaire en santé et un requis absolu pour l'attribution du permis d'exercice. De plus, les représentants des corporations professionnelles et des écoles universitaires sont

d'accord pour soutenir que les stages pratiques representent un des meilleurs moyens d'améliorer la qualité des futurs professionnels. Il est donc capital de reviser la situation des stages et d'etablir des concepts clairs pour mieux integrer la formation universitaire et la formation professionnelle.

5.8.2 La situation actuelle

Un cafouillis inextricable, une complexite desarmante, une désorganisation exemplaire sont des qualificatifs employes pour decrire la situation de l'ensemble des stages dans les programmes universitaires en sante.

La première difficulte consiste à distinguer les differents types de stages selon le moment de la formation, la participation au travail professionnel, la presence professorale et même la rémuneration.

5.8.2.1 Selon le moment de la formation, on distingue les types suivants:

Stage d'initiation: prise de contact avec le milieu professionnel et les patients, avec apprentissage des techniques de cueillette d'information (entrevue, examen clinique) ou des gestes professionnels de base (semiologie) appareillage, instrumentation. Presence constante de moniteurs, groupes reduits d'etudiants, aucun service professionnel rendu.

Stage de formation primaire: application des techniques et des gestes de base, debut de la relation professionnelle - patient sans responsabilite deléguee. Travail contrôle par le moniteur, étudiant singulier, service professionnel "comme pour vrai".

Stage de formation professionnelle: transfert progressif de responsabilité avec éventail des problèmes actuels de pratique professionnelle. Recours au moniteur et aux autres membres de l'équipe, étudiant singulier, services professionnels rendus dans une gamme pré-établie, possibilité de garde.

Stage de compétence professionnelle: responsabilité plus lourde, gamme complète de services professionnels, supervision à distance, intégration à l'équipe, garde habituelle.

Stage de perfectionnement: apprentissage avancé dans un champ limité, responsabilité progressive, relation 1 praticien/1 apprenti, services professionnels rendus très importants, garde et responsabilité d'une équipe.

5,8,2,2 Selon les objectifs des stages, on peut distinguer:

Stage universitaire: pré-grade ou post-grade, mais à l'intérieur d'un programme conduisant à un diplôme universitaire avec moniteurs choisis par l'université.

Stage professionnel: post-grade (quelquefois pré-grade) en milieu de travail, supervisé par des professionnels reconnus par la corporation professionnelle et conduisant soit au permis d'exercice, soit à une reconnaisance de spécialité.

Stage coopératif: expérience - vie à l'intérieur d'un programme universitaire en milieu de travail, sous la supervision de l'employeur.

voir-faire, dans un contexte de responsabilités graduées; enfin, il se déroule sous la surveillance réelle de professeurs et de moniteurs et il comporte une evaluation formelle.

5.8.3.1 Periode de formation pratique

Il s'agit bien de contacts professionnels avec des usagers du réseau de sante et non pas de simulation, de montages magnétoscopiques, de laboratoires ou de cours à l'hôpital avec teinte appliquée. Cette definition n'exclut pas la reflexion sur le travail accompli ni la discussion de concepts scientifiques pour identifier le problème d'un malade; mais il faut surtout insister sur une relation directe étudiant-patient en présence du moniteur.

Selon les secteurs,il est habituel de parler en termes de sessions ou de crédits, parce que quelques stages sont etalés sur plusieurs mois et à temps partiel. Habituellement le stage s'effectue en fin de formation, souvent en dehors du campus et on y insiste sur la composante professionnelle de la formation.

5.8.3.2 En milieu de sante

L'initiation à la pratique ne peut se faire que dans un cadre qui reproduit un milieu de pratique professionnelle de très bonne qualite, apte à bien preparer l'etudiant à son travail de demain. Ce cadre peut comprendre le cabinet prive, l'officine, la consultation externe, la clinique communautaire, l'hôpital, le centre de services spécialisés. Les stages ne devraient pas être limites au milieu hospitalier ou à la clinique universitaire sur le campus. Il est important que les étudiants entrent en contact

avec la réalité professionnelle dans ses différents aspects pour mieux choisir leur mode d'exercice.

Le choix des lieux de stage doit répondre à des critères précis (variété des malades, qualité des moniteurs, capacité d'accueil, présence d'étudiants des autres secteurs de la santé) en relation avec les objectifs généraux de formation. Ce choix ne doit pas correspondre uniquement à une distribution arbitraire des étudiants dans les établissements sous contrat d'affiliation.

Les milieux de stages doivent représenter un panorama de la pratique professionnelle d'aujourd'hui. Si l'on désire éviter la reproduction atrophiée et systématique des modèles de pratique, il faut introduire dans les stages quelques points d'innovation, et permettre aux étudiants de se familiariser avec la pratique professionnelle de demain.

Une des limitations des stages cliniques réside dans la variété des patients et dans les contingences de la dispensation des services professionnels. Ainsi l'obligation du service de 24 heures et de 7 jours par semaine, les règlements internes des hôpitaux, les relations humaines difficiles avec le patient et sa famille et la nécessité de limiter la période d'hospitalisation, sont autant de facteurs rendant difficiles la relation enseignant - enseigné mais qui augmentent la valeur pédagogique du stage.

5.8.3.3 Intégrée à un programme de formation universitaire et professionnelle

Constituant la partie importante de tout programme de formation en santé, le stage doit être vu comme le complément nécessaire de la formation de base; l'étudiant y applique les notions théoriques acquises, à partir des problèmes que représentent les patients.

Le stage fait-il partie de la formation universitaire ou de la formation professionnelle? Ce débat est, en somme, assez futile et ne conduit pas à des solutions valables pour l'étudiant. Les corporations professionnelles ne donnent le permis d'exercice qu'après le stage clinique et quelquefois l'université accorde le diplôme avant le stage terminal comme en médecine et en pharmacie. Il n'est pas nécessaire que l'attribution du diplôme et celle du permis soient simultanées; il n'est pas absolument nécessaire que tout le stage soit sous la responsabilité universitaire si le processus de formation est considéré par l'université et la corporation professionnelle comme une continuité sans hiatus et avec responsabilité conjointe ou au moins très bien délimitée. Le nouveau règlement concernant le stage en pharmacie, malgré toutes les critiques, est un exemple de collaboration dans la définition de stages universitaires et professionnels complémentaires perçus comme un continuum où l'étudiant évolue dans un cadre précis, où les responsables sont identifiés et les objectifs et les modes d'évaluation bien décrits.

Il est quelquefois nécessaire, comme en médecine, d'accorder le diplôme universitaire (M.D,) avant le stage terminal (internat) afin d'accorder une couverture légale à l'apprentissage de la responsabilité et à la manipulation des médicaments.

Depuis juillet 1970 la responsabilité du programme de l'internat en médecine a été confiée entièrement aux universités.

Le stage ne se définit pas par une durée de contact avec des professionnels, même experts, mais bien par une expérience d'apprentissage sous la surveillance de moniteurs qui doivent répondre à des exigences de l'université ou de la corporation selon le cas.

5,8,3,4 Objectifs précis d'apprentissage

Les objectifs du stage doivent être précisés en termes de techniques à acquérir, d'attitudes à développer et de responsabilités à assumer. Une description détaillée de ces objectifs doit guider l'étudiant et le moniteur dans le choix des expériences quotidiennes et le partage des tâches avec les autres membres de l'équipe de soins afin de mettre chaque étudiant en présence de situations variées où il doit démontrer ses capacités à maîtriser habiletés et comportements. Le stage n'a pas comme premier objectif de vérifier le savoir de l'étudiant, car cette vérification peut être mieux faite par des examens. Mais il a surtout comme objectif de le faire évoluer dans un milieu réel, sous surveillance et pour améliorer son savoir-faire et son savoir-être. Il est particulièrement important pour l'étudiant d'éprouver sa capacité à prendre des responsabilités afin de s'orienter dès la fin de son stage vers la pratique solo, la pratique en équipe, la spécialisation, la recherche et l'enseignement.

5,8,3,5 Surveillance par les professeurs et moniteurs

La relation tuteur - pupille ou compagnon - apprenti décrit assez bien le couple moniteur - stagiaire. Le moniteur forme équipe avec un petit nombre de stagiaires à qui il transmet ses qualités professionnelles en les intéressant aux services à rendre quotidiennement.

En raison de la responsabilité envers des patients, la présence réelle du moniteur est nécessaire pour le succès des stages universitaires; il est de plus préférable que le moniteur soit un professionnel membre à plein droit de l'établissement de santé et non pas seulement un professeur accompagnant un groupe d'étudiants. Ainsi il est directement responsable

des actes de ses stagiaires, ce qui renforcit la relation moniteur - stagiaire, et lui permet de déléguer des responsabilités croissantes selon l'évolution de chaque stagiaire ou de garantir à la fois la sécurité des malades et la progression des stagiaires.

On ne devrait pas confier des étudiants à des institutions sans être assuré de la présence de professeurs responsables et en mesure de réaliser des programmes spécifiques.

Les moniteurs répondent à leur établissement de santé et à l'organisme responsable du programme à l'université ou à la corporation professionnelle. Il est utile que des liens contractuels établissent clairement les droits et devoirs de chaque participant. Un contrat-type entre les centres hospitaliers d'enseignement et les universités a été proposé et adopté en 1974; il serait ainsi souhaitable qu'un autre contrat-type soit proposé pour normaliser les liens entre l'université et les moniteurs autonomes qui oeuvrent dans d'autres milieux de santé.

5,8,3,6 Evaluation formelle

Si le stage doit démontrer les capacités professionnelles de l'étudiant, il est nécessaire de porter un jugement sur la valeur de son apprentissage et de connaître quelle proportion des objectifs a été atteinte durant son stage.

Les techniques d'évaluation de stage varient à l'infini mais une définition claire des objectifs rend l'évaluation plus facile et correcte et diminue l'appréciation semi-quantitative souvent employée. Deux modes concurrents d'évaluation devraient être employés:

a) <u>evaluation formative continue</u>: par le moniteur et les confrères, sur la performance quotidienne afin d'aider le stagiaire non seulement de progresser mais aussi de démontrer qu'il a atteint les objectifs d'un niveau avant de passer à un autre niveau.

b) <u>evaluation normative terminale</u>: par un jury externe, sur un examen comprehensif, clinique ou non, du savoir-faire pour decider du droit d'exercice.

Le Code des professions mentionne la participation des corporations au programme de stages, car elles determinent "les actes professionnels que peut poser une personne effectuant un stage de formation professionnelle et les conditions suivant lesquelles elle peut poser ces actes" (Code des professions, article 92h). De plus, elles determinent "les conditions de délivrance des permis en ce qui concerne les stages de formation professionnelle et les examens professionnels" (article 92i). Il est donc urgent que corporations et universités travaillent ensemble autant pour établir le programme des stages que les modes d'évaluation permettant l'accès à la profession. Cette collaboration aurait l'avantage de fusionner les stages universitaires et professionnels dans une même continuité et surtout de soumettre un plan d'évaluation intégré qui evitera l'examen terminal par la corporation. Une telle collaboration entre une corporation professionnelle donnée et les universités est de nature à rehausser le niveau de la formation sans pour cela conduire à l'uniformité. Un climat de confiance à ce stade se répercuterait dans le travail des étudiants qui seraient alors soumis à une seule série d'exigences et verraient leur apprentissage quotidien être plus valorisé qu'un examen terminal normatif unique de type loterie.

<u>5.8.4 Les conclusions à tirer</u>

5.8.4.1 Il est normal de voir des programmes varier selon les objectifs des institutions universitaires.

5.8.4.2 Cependant il est souhaitable que dans une profession donnée, les critères essentiels des stages soient respectés afin de bien conduire à l'exercice professionnel. La corporation a le devoir de garantir un certain niveau de compétence et doit être présente aux choix des objectifs et à l'évaluation des stages, même si le stage fait partie d'un programme universitaire.

5.8.4.3 Il est nécessaire de considérer le stage comme une expérience pédagogique majeure et d'en définir les objectifs spécifiques, les connaissances et habiletés à maîtriser, les activités et situations d'apprentissage, les interventions pédagogiques et les ressources et enfin les modes d'évaluation.

5.8.4.4 Il est important de situer les stages dans l'ensemble du programme de formation professionnelle et de les voir comme dans un continuum vers l'obtention et du grade universitaire et du permis d'exercice ou la reconnaissance d'une spécialité. Ce continuum doit être réalisé par l'université et la corporation professionnelle quels que soient les responsables des différentes étapes. Il y aurait avantage à confier à l'université la responsabilité de la réalisation et l'évaluation des stages en étroite collaboration avec la corporation professionnelle.

5.8.4.5 Tout programme de stage en dehors du milieu universitaire doit comporter une entente ou un contrat avec l'établissement de santé ou le professionnel - tuteur afin de définir les conditions du stage et la rémunération des moniteurs; cette demande peut très bien s'effectuer dans le cadre du contrat-type.

5,8,4,6 Les modes de collaboration entre les universités et les corporations professionnelles n'ont pas encore été réglementés par l'Office des professions. Il y a eu quelques exemples de collaboration directe entre une corporation professionnelle et des directeurs de programmes ou doyens (pharmacie, médecine, diététique, psychologie) avant et depuis la promulgation du Code des professions, Cette collaboration devrait se généraliser à tous les groupes professionnels et les universités devront y déléguer les doyens et directeurs.

5,8,4,7 Selon les indications du Code des professions de la loi 250, les corporations professionnelles doivent être présentes lors de l'élaboration des programmes de formation surtout en ce qui concerne les stages professionnels.

5,8,4,8 A la limite, tout stage devrait être intégré à un programme universitaire de premier, second ou troisième cycles professionnels, et ce, après entente avec les corporations professionnelles concernées.

5.8.4.9 Un système uniforme de bourses pour les stagiaires pré-grade et de salariat pour les stagiaires post-grade devrait être mis en place de façon progressive.

5.8.4.10 Les relations entre l'université et chaque corporation professionnelles, entre l'université et chaque milieu de stage et entre les différentes écoles de santé nécessitent un minimum de coordination. Un administrateur de stages universitaires serait l'instrument désigné pour régler les problèmes administratifs de durée, de bourse, de publication des programmes et de compilation des évaluations. Les tâches pédagogiques et l'orientation des professeurs et des moniteurs doivent être sous la responsabilité des directeurs de programmes.

5.8.4.11 Il serait important de normaliser la rémunération de tous les professionnels - étudiants qui rendent des services en milieu de santé. Evidemment ce principe ne s'applique qu'aux professionnels qui sont inscrits à un programme universitaire de deuxième cycle (maîtrise, maîtrise professionnelle, internat, résidence). Plus spécifiquement pour les scientifiques oeuvrant en milieu de santé (voir chapitre 6, les sections 6.19 à 6.24) qui poursuivent des stages de perfectionnement, les établissements de santé devraient prévoir une rémunération pour leurs services. De plus, les établissements devraient discuter de la rémunération des moniteurs dans le cadre des contrats d'affiliation avec l'université. En ce qui a trait aux externes, ces derniers devraient avoir accès au système des prêts-bourses et être considérés comme des étudiants de 2ième cycle (ou équivalent au 2ième cycle).

5.8.4.12 Stages en équipe

Les habitudes de travail acquises lors des stages cliniques peuvent influencer la vie professionnelle et même le choix du style de pratique. L'apprentissage au travail en équipe serait un objectif valable pour tous les professionnels de la santé en devenir. Il sera même nécessaire de créer de tels stages et d'en démontrer la rentabilité professionnelle avant d'y envoyer des étudiants. Il arrive qu'à l'intérieur d'un certain milieu hospitalier, étudiants en nursing, en médecine et en pharmacie puissent se côtoyer mais chaque groupe a son moniteur et ses activités et la mise en commun des expertises pour trouver des solutions aux problèmes complexes des malades est plutôt rare.

Un stage en équipe, planifié par les directeurs de programme des différentes écoles, pour placer dans un même milieu, en vue d'un objectif de travail en commun, professeurs et étudiants de diverses professions aurait plusieurs avantages. En plus de l'apprentissage des gestes propres à chaque profession,

un tel stage pourrait initier aux techniques du travail en équipe, corriger les attitudes professionnalistes et évaluer l'efficacité des approches multifactorielles.

Ces stages en équipes pourraient se tenir aussi bien dans les centres hospitaliers que dans les milieux communautaires de santé et regrouper des étudiants et des professeurs d'au moins trois disciplines de la santé.

5.8.5 Recommandations

Les stages cliniques constituant une partie intégrante de la formation universitaire et un requis absolu pour l'attribution du permis d'exercice et représentant un des meilleurs moyens pour améliorer la qualité des futurs professionnels, il est recommandé:

5.8.5.1 que les organismes universitaires et professionnels adoptent la définition suivante du stage de formation:

> *"Le stage clinique est une période de formation pratique en milieu de santé, intégrée dans un programme de formation universitaire et professionnelle; de plus, le stage comporte des objectifs précis de savoir, de savoir-être et de savoir-faire dans un contexte de responsabilités graduées; enfin, il se déroule sous la surveillance réelle de professeurs et de moniteurs et il comporte une évaluation formelle".*

Afin de mieux réaliser l'intégration de la formation universitaire et de la formation professionnelle, il est recommandé:

5.8.5.2 que les comités conjoints corporations professionnelles-universités s'entendent quant à la continuité universitaire et professionnelle de la formation pratique;

5.8.5.3 que les corporations professionnelles et les universités voient à intégrer tous les stages en milieu de santé à des programmes universitaires, sous la responsabilité de l'université en étroite collaboration avec la (ou les) corporation(s) professionnelle(s) concernée(s).

Au plan de l'organisation des stages cliniques, il est recommandé:

5.8.5.4 que les universités, par la mise sur pied d'un service interne de coordination des stages favorisent l'établissement des stages en équipes multidisciplinaires;

5.8.5.5 que les universités et les établissements de santé favorisent l'engagement conjoint des directeurs et moniteurs de stages dans le cadre du contrat d'affiliation.

Eu égard à la rémunération des stagiaires, il est recommandé:

5.8.5.6 que les services rendus, à l'intérieur d'objectifs d'apprentissages gradués dans les stages en milieu de santé par des professionnels inscrits à des programmes réguliers de 2ième et de 3ième cycles, soient rémunérés.

Pour mieux appuyer les implications de l'Université dans l'enseignement dans les sciences de la santé, il est recommandé:

5.8.5.7 que les universités, après entente avec le ministère de l'Education et le ministère des Affaires sociales, financent les dépenses d'enseignement dans les établissements de santé qui reçoivent des étudiants universitaires.

5.9 LE MAINTIEN DE LA COMPETENCE DES PROFESSIONNELS DE LA SANTE

5.9.0 Introduction

Le souci du maintien de la compétence est une caractéristique qui se retrouve chez de nombreux professionnels de la santé. Aussi, la participation volontaire à des journées dites du "praticien" à des cours de rappel, à des programmes de perfectionnement et des congrès didactiques constitue une habitude répandue. Depuis plus de dix ans, ces activités se sont multipliées grâce aux efforts individuels de certaines corporations professionnelles (comme en pharmacie), ou de certaines facultés (comme en médecine), aux efforts conjoints de ces deux groupes (comme en physiothérapie), aux efforts concertés de plusieurs organismes (comme en médecine dentaire). Il faut se rappeler que certains programmes plus structurés conduisaient à l'appartenance à une association de prestige comme le "Collège de médecine de famille du Canada", ou donnaient droit à une reconnaissance officielle de la corporation professionnelle, comme c'est le cas pour l'Ordre des Pharmaciens du Québec.

Cependant, la plupart de ces activités d'enseignement ne comportaient aucune obligation et avaient un caractère gratuit; de plus, plusieurs n'avaient aucune relation avec les besoins des participants sur le plan de la compétence.

Un important mouvement vers l'éducation des adultes et vers l'accessibilité aux études universitaires en tout temps est apparu récemment dans les pays

industrialises. Le Conseil des universites a d'ailleurs publie un rapport[1] decrivant le rôle des universites dans l'education permanente. Parallèlement, dans le monde professionnel, un element de réponse au besoin de reaffirmer la competence a commencé a paraître sous la forme d'examens d'autoevaluation, de programmes mieux adaptes aux besoins individuels et de discussions sur le re-permis de pratique (re-licencure). Au Quebec, le Code des professions a clairement indique la responsabilite des corporations professionnelles dans l'evaluation et la promotion de la competence de chacun de leurs membres.

Le Comite Directeur de l'OSS, au cours de ses travaux, a relevé certains dangers au fait de confier totalement la responsabilité aux corporations professionnelles l'education permanente de leurs membres tel que l'indique le Code des Professions.

Enfin, le Comite Directeur comprend que le terme "education permanente" peut recouvrer une foule d'initiatives personnelles ou individuelles ou autres. Cependant,c'est dans un tout autre contexte decrit precédemment que nous discuterons maintenant du maintien de la competence professionnelle; soit celui d'un ensemble d'activités organisees et reconnues, comportant des objectifs pedagogiques et professionnels, sans pour autant relever le professionnel de sa responsabilite personnelle à maintenir sa competence professionnelle.

---

(1) Objectifs generaux l'enseignement superieur et grandes orientations des etablissements, Cahier II, Première et deuxième parties, Les orientations de l'enseignement superieur dans les annees 70. Le Conseil des Universites, Québec, le 22 février 1973, page 3.

5.9.1 L'état des faits

5.9.1.1 Un essai de définition

Plusieurs types d'éducation permanente ont leur place à l'université comme l'éducation des adultes, les cours réguliers pour étudiants plus âgés, le perfectionnement culturel ou personnel et le maintien de la compétence. Dans le domaine de la santé, l'éducation permanente est centrée surtout sur la mise à jour des connaissances et des attitudes de praticiens.

Une définition fonctionnelle de l'enseignement permanent devrait s'appuyer sur les principes suivants: l'enseignement permanent doit permettre au praticien de régler adéquatement les problèmes cliniques qui le confrontent, de reconnaître ses limitations professionnelles et d'avoir recours aux ressources du milieu.

Jusqu'à maintenant, l'enseignement permanent en santé ne s'est pas spécifiquement adressé aux administrateurs, aux enseignants ou aux chercheurs, et ce, en dépit du fait que ces clientèles auraient dû y avoir accès. La réorientation, le recyclage et l'acquisition de nouveaux diplômes sont des tâches universitaires qui ne sont pas comprises dans les activités habituelles de l'enseignement permanent en santé.

5.9.1.2 Les objectifs proposés

L'amélioration de la qualité des soins par une meilleure utilisation des techniques de diagnostic et de traitement devrait constituer l'objectif ultime visé par les programmes de maintien de la compétence.

Toutefois, il faut bien l'avouer, l'enseignement permanent n'a jamais eu d'objectif clairement defini et a souvent servi à apaiser la conscience professionnelle des praticiens qui ont préféré afficher l'image du perfectionnement volontaire plutôt que de s'astreindre à un réel contrôle de la qualite. Il est utile de rappeler que, dans le concept actuel ou habituel du maintien de la compétence, il n'a pas été question de promotion personnelle, de re-licence, de normes de pratique, ni de contrat personnel. C'est de plus un geste gratuit, car les programmes sont volontaires sans examen normatif, ni contraintes, et ne comportent aucune reconnaissance officielle, aucun contrôle ni de mesure de l'impact.

Les nombreux organismes qui se sont intéressés à l'enseignement permanent ont fourni un effort valable, même s'il n'était pas quelquefois suffisamment coordonné. Cependant, dans l'ensemble, cet effort n'a pas été adapté aux besoins des praticiens et l'impact de cet enseignement sur la pratique des professionnels n'a pas été mesure suffisamment pour en apprécier l'efficacité.

5.9.1.3 Les moyens individuels et collectifs

Le professionnel est le premier responsable de son éducation permanente et son désir de fournir des services de qualité demeure une motivation fondamentale et irremplaçable. Plusieurs moyens sont à la disposition de chaque professionnel pour l'aider à maintenir sa compétence. Ainsi, tous et chacun peuvent recourir aux lectures, audio-cassettes et vidéo-cassettes, aux consultations des collègues, à la revue de ses dossiers et aux réunions cliniques à l'hôpital ou ailleurs.

D'autre part, sur le plan collectif, les corporations professionnelles ont reçu du législateur la mission de voir au maintien de la compétence de chacun

de leurs membres. Pourtant, aucune d'entre elles n'a encore statue sur les principes et les mecanismes d'un programme d'education permanente.

5.9.1.4 Les contraintes de la situation actuelle

La surconsommation des soins et la pratique individuelle de nombreux professionnels ne facilitent pas la frequentation des activites d'enseignement. L'achalandage et la pression qui en resulte, ainsi que le niveau eleve de ses revenus, peuvent convaincre le professionnel qu'il n'a guère besoin d'aller se re-sourcer et qu'il est preferable pour lui d'occuper autrement ses loisirs.

Par ailleurs, la pratique de groupe peut à la fois inciter au perfectionnement et faciliter l'accès aux programmes offerts tout en maintenant les services à la population. Pour les praticiens specialistes isoles, un mode de remplacement par des confrères, des résidents, et des etudiants à la maîtrise permettrait d'assurer la continuité des services tout en procurant une experience formatrice en milieu periphérique.

5.9.1.5 Le rôle des corporations professionnelles

Certaines corporations professionnelles, comme celle des pharmaciens, ont pris à leur compte des programmes "universels" d'enseignement permanent alors que d'autres ont organise des journees scientifiques occasionnelles ou regulières pour le benéfice de leurs membres. Enfin, la plupart des corporations professionnelles ont laisse aux écoles et facultés, et même aux associations professionnelles, le soin de mettre en place les cours et les réunions d'actualisation.

Dans l'esprit du Code des professions, la corporation professionnelle devra procéder à une évaluation de la qualité du travail professionnel pour ensuite recommander pour chaque profeasionnel un programme de mise à jour ou de recyclage en fonction des lacunes observées. C'est là une fonction difficile et coûteuse qui implique un jugement comparatif. Si cet e évaluation ne porte que sur les connaissances théoriques et pratiques, le vrai problème est escamoté; par contre, si elle porte sur la qualité de l'acte, il faudra prévoir une certaine résistance de la part des professionnels.

Une fois l'evaluation effectuée, la corporation professionnelle devra organiser elle-même ou confier à d'autres la mise sur pied de programmes complets. Ceux-ci devraient inclure des cours, des ateliers, des démonstrations, des stages et des groupes d'études afin de permettre aux professionnels de choisir les éléments propres à les aider dans leur travail.

Enfin, la corporation professionnelle sera responsable du financement de ces programmes. Plusieurs modes de financement sont possibles: soit à partir de cotisations annuelles fixes, de retenue sur les honoraires payés par la Régie de l'assurance-maladie du Québec (RAMQ) soit par la canalisation des subventions provenant des organismes publics, des syndicats professionnels, des industries pharmaceutiques ou d'equipement hospitalier. La corporation professionnelle pourrait inciter des professionnels à investir dans un fonds monétaire pour fins d'enseignement au nom de chaque professionnel, ce dernier pouvant défrayer ses cours à partir de ce fonds.

5.9.1.6 Le rôle des universites, des facultés et des écoles

Les facultés et écoles ont souvent fourni les professeurs pour les activités d'enseignement permanent et, dans quelques secteurs, sont même allees jusqu'à

créer des directions ou des départements d'enseignement continu.

Ces activités universitaires ont rencontré toutes sortes de difficultés sur le plan de la conception, de l'adaptation aux besoins de la clientèle et du financement. Ces activités ont rarement présenté les caractéristiques d'un programme régulier,(inscription, crédits, objectifs, évaluation, diplômes) et elles ont toujours eté libres et volontaires.

L'université n'a pas développé de pédagogie spécifique adaptée aux besoins des praticiens et n'a pas non plus élaboré de mode d'évaluation. En conséquence, tout est à faire au plan de la formation des enseignants et du développement de moyens pédagogiques. Si, après entente avec les corporations professionnelles concernées, l'université accepte d'organiser des programmes de maintien de la compétence et mobilise à ces fins les ressources professorales nécessaires, les répercussions sur le fonctionnement des universités seront importantes et probablement bénéfiques. L'université se sentira donc plus liée envers ses diplômés et démontrera son intérêt pour la qualité des services professionnels et la promotion de la qualité des soins de sante.

5.9.1.7 Les secteurs d'enseignement permanent

5.9.1.7.1 En médecine

Un comité conjoint, forme de représentants de la Corporation professionnelle des médecins du Québec, des facultés de médecine et des associations professionnelles, a commencé son travail en 1970. Il s'est donné un nouveau mandat en octobre 1974[1] afin de coordonner les activités d'éducation médicale continue, de favoriser la participation des médecins, de promouvoir la recherche

(1) Corporation professionnelle des médecins du Québec, La Corporation des professionnelle des médecins du Québec et l'éducation médicale continue, Bulletin, Vol. 15, no. 1, mars 1975, p.p. 6 à 8.

en education continue et de faciliter le financement des programmes.

De leur côté, chacune des facultes de médecine, ont mis en place de nombreuses activites dans le but d'atteindre une partie importante de la population médicale. Ces activités correspondent à des modes d'intervention aussi variés que des journées du praticien, des cours de perfectionnement, de la television médicale et des visites des régions par des équipes volantes de professeurs.

Pour leur part, les féderations professionnelles désirent intervenir dans le champ de l'education permanente. Ainsi la Fédération des médecins omnipraticiens du Quebec (FMOQ) organise ou collabore avec les facultés de medecine dans des programmes orientés vers les besoins de ses membres. Quant à la Fédération des médecins specialistes du Québec (FMSQ), elle désire collaborer avec la corporation professionnelle pour l'évaluation de l'activité professionnelle. Enfin, le Collège royal des médecins du Canada s'est intéressé à des cours pour spécialistes et désire mettre sur pied des programmes d'auto-évaluation.

Il faut cependant conclure que la surabondance et le chevauchement des programmes proposes semblent annoncer beaucoup plus une querelle de juridiction qu'une adequation entre les cours et les besoins.

5.9.1.7.2 En sciences infirmières

La participation des professeurs de sciences infirmières à l'éducation permanente se fait surtout à l'interieur des cours de perfectionnement organisés par l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) à l'inten-

tion des infirmiers et infirmières de formation collégiale. Il n'existe cependant pas encore de programmes de formation continue pour les infirmiers (es) de niveau universitaire.

L'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) se préoccupe de l'actualisation professionnelle de ses membres comme ceux qui reviennent à la pratique, ceux qui changent d'orientation et ceux qui sont délinquantes. Elle devra s'entendre avec le CEGEP pour mettre en place des programmes d'enseignement continu ou avoir recours aux professeurs universitaires, car les ressources professorales qualifiées semblent peu nombreuses.

Dans cette optique, les facultes et ecoles de sciences infirmières devraient préparer et utiliser leurs professeurs pour ce type de programme, plutôt que de les voir mobilises en surabondance par des organismes autres qu'universitaires.

5.9.1.7.3 En pharmacie

L'Ordre des pharmaciens du Quebec a organisé un cours obligatoire de formation continue à l'intention de tous les pharmaciens qui sont normalement obligés d'y participer. Ce programme universel et identique pour tous a ete bien reçu et semble être une étape valable. Le financement de ce programme est réalisé à même les cotisations perçues par la corporation professionnelle.

Les facultes de pharmacie n'ont pas participe à ce programme et cette lacune devra être comblée lors de la mise en place de d'autres programmes ou d'autres formes d'enseignement.

5.9.1.7.4 En médecine dentaire

Ce qui caractérise ce secteur c'est la multiciplicité des groupes et la dispersion des activités d'enseignement permanent. Les sociétés dentaires locales, les cercles d'étude, les associations de spécialistes, les sociétés nationales, les ecoles dentaires et la corporation professionnelle participent tous, à des degrés divers, à l'éducation permanente. Mais il ne semble pas y avoir pour autant de mouvement de coordination bien amorcé.

La formation du Comité conjoint Ordre des dentistes du Québec-facultés de médecine dentaire devrait cependant permettre de retablir les choses et inciter la corporation professionnelle à exercer le leadership qui lui revient. Ce qui aura pour effet d'établir une cohérence entre les besoins décelés par son comité d'inspection professionnelle et les programmes offerts par les écoles dentaires et les sociétés dentaires.

5.9.2 Elements de solution

La formation continue des professionnels en pratique est favorisée par un état d'esprit d'auto-critique et d'auto-instruction qui doit s'acquérir durant les années de formation, qu'elle soit collégiale ou universitaire. Pour continuer à rester un professionnel de la santé, chaque individu devrait être en mesure de démontrer sa compétence en tout temps dans le genre de pratique qui est le sien. Il ne viendrait évidemment pas à l'esprit de personne de demander à un médecin-chercheur en biologie moléculaire de démontrer son expertise dans la ressuscitation cardio-respiratoire. Cette preuve de la compétence (ou de l'incompétence) relève de la corporation professionnelle et doit porter sur le travail habituellement accompli par le professionnel examiné et non pas sur l'ensemble des connaissances de sa profession.

L'évaluation professionnelle est la base de tout programme de maintien de la compétence car elle permet d'établir des objectifs réalistes pour chaque professionnel et de mettre en place les instruments pédagogiques tels les cours, les ateliers et les stages qui devraient effectivement améliorer la qualité des soins. Ici encore, la corporation professionnelle constitue le pivot d'un tel ensemble et le comité conjoint corporation professionnelle-université semble être la plaque tournante idéale pour coordonner les efforts des facultés et écoles. A l'intérieur de cette coordination, les institutions d'enseignement supérieur devraient participer activement à la définition des objectifs et du contenu des programmes et ce, en collaboration avec les corporations professionnelles concernées.

Les corporations professionnelles auraient avantage à confier aux facultés et écoles universitaires le développement de méthodes pédagogiques et d'outils d'évaluation. De plus, si les corporations professionnelles chargent

les universités de réaliser des programmes de maintien de la compétence, il y aurait avantage à ce que les doyens et les directeurs de département participent en étroite collaboration avec les praticiens, à l'élaboration du contenu et au choix des professeurs.

L'engagement de professeurs d'université par les corporations professionnelles, les associations professionnelles ou les sections d'enseignement permanent conduit rapidement à un éparpillement des ressources professorales au détriment des étudiants réguliers de l'université. Surtout si l'engagement est fait à l'insu de cette dernière.

Une grande partie de cet enseignement devra être décentralisé et organisé dans les régions périphériques et s'appuyer sur des moniteurs locaux, des activités sur place avec des professeurs invités, sur le visionnement de bandes magnétoscopiques et sur la revision de dossier par les pairs. Encore là, l'université devra s'adapter à cet enseignement professionnel hors campus qui constitue un des moyens les plus efficaces pour améliorer la qualité des soins.

La planification de ces programmes achoppera durement sur le financement. L'effort universitaire permanent de recherche et développement pédagogique dans ce domaine devrait être soutenu par les universités et le ministère de l'Education. Le coût de réalisation des programmes devrait être assumé par la corporation professionnelle qui négocierait des contrats avec les institutions d'enseignement selon les besoins de ses membres et les activités offertes.

Le financement global de ce grand plan sera surtout à la charge des professionnels eux-mêmes, soit par cotisation directe à l'Ordre, soit par prélèvement d'honoraires à la Régie de l'assurance-maladie du Québec (RAMQ) jusqu'à concurrence de 1% du total de la masse. La formation par l'Ordre d'une banque d'enseignement permanent assurerait un budget stabilisé pour les institutions d'enseignement et une réserve pour chaque professionnel. La possibilité d'abattement d'impôts sur ce type de cotisations aiderait définitivement à la réalisation d'un tel plan.

La grande inconnue demeure encore l'attitude que les corporations professionnelles adopteront devant les responsabilités qui leur sont confiés par le Code des professions. Si elles optaient pour une attitude de stimulation au perfectionnement, l'accent serait alors mis sur une libre participation et un contrôle moral par le groupe. Au contraire, l'adoption d'une attitude de coercition rendrait obligatoire la présence à un nombre fixe d'activités pour mériter la licence annuelle. Ces deux approches comportent néanmoins des avantages et des inconvénients importants. Ainsi, la première ne permet pas de prévisions budgétaires mais assure l'intérêt des participants alors que la seconde définit d'un seul coup la clientèle mais embourbera les activités de participants obligés. Les autres alternatives comprennent la participation obligatoire au financement et libre aux activités, l'indexation décroissante de la rémunération en l'absence de participation aux activités d'enseignement et un programme d'évaluation. Cependant ces alternatives ne sont pas assez élaborées pour permettre que des recommandations fermes soient faites en ce domaine.

5.3.3 Recommandations

Compte tenu du Code des professions qui confère aux corporations professionnelles la responsabilité du maintien de la compétence de leurs membres, il est recommandé:

5.3.3.1 *que les universités réalisent l'importance de cette question et se préparent à jouer un rôle majeur dans le maintien de la compétence des professionnels de la santé surtout dans le développement des méthodes pédagogiques, l'évaluation de l'impact des programmes et la mise en disponibilité de ressources professorales.*

Pour s'assurer de la pertinence des activités de mise à jour et de perfectionnement dans ce domaine, il est recommandé:

5.3.3.2 *que les corporations professionnelles du secteur santé procèdent à des analyses de la pratique de leurs membres et fassent part des besoins individuels et collectifs aux directeurs de programmes universitaires;*

5.3.3.3 *que les universités, à cette fin, s'associent des établissements de santé périphériques et recrutent des moniteurs et professeurs parmi les praticiens en vue de multiplier leurs actions.*

Afin d'assurer la continuité de la formation professionnelle, il est recommandé:

5.3.3.4 *que les universités confient aux facultés et écoles la responsabilité d'organiser les programmes de maintien de la compétence selon les mêmes normes pédagogiques qui prévalent dans l'enseignement régulier, mais adaptées à la clientèle et avec les mêmes professeurs.*

Dans le but d'accélérer la réalisation de programmes de maintien de la compétence, il est recommandé:

5.9.3.5 que les corporations professionnelles élaborent et instaurent un mode de financement stable des programmes de maintien de la compétence de leurs membres.

5.9.3.6 que les corporations professionnelles négocient des ententes avec les institutions d'enseignement supérieur pour la réalisation de tels programmes.

L'ÉDITEUR OFFICIEL DU QUÉBEC
SERVICE DE LA REPROGRAPHIE
Octobre 1976